



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO

ANNA LARISSA DE CASTRO REGO

**EFETIVIDADE DE *CHECKLIST* NA VISITA MULTIPROFISSIONAL PARA
SEGURANÇA DO PACIENTE CRÍTICO: ESTUDO QUASE EXPERIMENTAL**

TERESINA/PI
2019

ANNA LARISSA DE CASTRO REGO

**EFETIVIDADE DE *CHECKLIST* NA VISITA MULTIPROFISSIONAL PARA
SEGURANÇA DO PACIENTE CRÍTICO: ESTUDO QUASE EXPERIMENTAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí – UFPI, como requisito necessário para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem no Contexto Social Brasileiro

Linha de pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e em Enfermagem

Orientadora: Dra. Grazielle Roberta Freitas da Silva

TERESINA/PI
2019

FICHA CATALOGRÁFICA
Universidade Federal do Piauí
Biblioteca Setorial do CCS
Serviço de Processamento Técnico

R343e Rego, Anna Larissa de Castro.

Efetividade de *checklist* na visita multiprofissional para segurança do paciente crítico: estudo quase experimental / Anna Larissa de Castro Rego.

-- 2019.

91 f. : il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Piauí, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2019.

Orientação: Dra. Grazielle Roberta Freitas da Silva.

1. Equipe de Assistência ao Paciente. 2. Segurança do Paciente. 3. Lista de Checagem. 4. Unidades de Terapia Intensiva. I. Título.

CDD 610.73

ANNA LARISSA DE CASTRO REGO

**EFETIVIDADE DE *CHECKLIST* NA VISITA MULTIPROFISSIONAL PARA
SEGURANÇA DO PACIENTE CRÍTICO: ESTUDO QUASE EXPERIMENTAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí como requisito necessário à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: ___/___/_____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Grazielle Roberta Freitas da Silva - Presidente
Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Prof. Dra. Allyne Fortes Vitor – Examinadora Externa
Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

Profa. Dra. Fernanda Valéria Silva Dantas Avelino – Examinadora Interna
Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Prof. Dra. Ana Maria Ribeiro dos Santos - Suplente
Universidade Federal do Piauí (UFPI)



Dedico esta dissertação aos que proporcionaram toda base e apoio para realização desse sonho: meus pais e meu esposo. Dedico também as pessoas que alguma vez precisaram de internação em uma Unidade de Terapia Intensiva.

AGRADECIMENTOS

O ano de 2018 iniciou carregado de novas sensações: além de começar um novo ciclo acadêmico e vida matrimonial, me encontrei morando em uma cidade desconhecida sem nenhum familiar. Mesmo assim, fui agraciada em compartilhar minha vivência com pessoas que fizeram do caminho uma forma mais agradável de alcançar meus destinos pretendidos.

Assim, gostaria de agradecer:

A **Deus**, por ter-me proporcionado a oportunidade de viver e fazer trilhar os caminhos necessários para toda a trajetória.

À minha **família**, pela compreensão e mesmo com a distância de casa eles fizeram o possível para se fazer presente.

À minha madrinha **Sidnéia**, que acompanhou e me ajudou desde o processo seletivo do mestrado, compartilhando dúvidas, incertezas e livros.

Aos **mestres** que tive da educação infantil à pós-graduação, pelo exemplo que foram para mim e pela contribuição para minhas escolhas profissionais, e em especial:

À professora **Dra. Grazielle Roberta Freitas da Silva** por ter me acolhido como orientanda de mestrado e participante do Membro do Projeto de Estudo e Pesquisa em Boas Práticas de Enfermagem (ProBOAS). Registro aqui a imensa gratidão por estes quase dois anos de orientações, momentos essenciais para o meu crescimento acadêmico e profissional.

Aos **colegas da turma de mestrado**, pelo companheirismo, amizade, momentos de “sufoco” e felicidades durante as disciplinas e demais atividades. E aos amigos que a pós-graduação me proporcionou, **Glicia, Brenda, Nalma, Julyanne e Jerfferson**. Obrigado por todos os momentos vivenciados durante esse período, compartilhando dos momentos de estudo, felicidades, angústias e de “dispersão” das atividades acadêmicas.

A todos que fazem parte do **ProBOAS**, e em especial à **Mauryane, Amanda, Andrea, Nirvania** por terem me ajudado prontamente sempre que precisei e compartilhado conhecimento e produção de trabalhos juntos.

Aos profissionais da UTI do hospital, por terem permitido o desenvolvimento do estudo e colaboraram para os resultados alcançados. À **Roxana, Sheyla e Tágora**, enfermeiras do hospital que foi cenário deste estudo por me aconselharem e apresentarem melhor o cenário da pesquisa.

A **todos** que de alguma forma contribuíram para que eu alcançasse o sonho de “**ser Mestre**”.

RESUMO

Os pacientes críticos estão sujeitos a uma maior quantidade de eventos adversos devido a gravidade de seu estado de saúde e frequência de intervenções invasivas repetidas por profissionais diferentes. Além disso o processo de troca de informação entre a equipe multidisciplinar sofre interferências por barreiras que prejudicam o cuidado seguro. No entanto, visitas multiprofissionais a beira leito realizadas por intensivistas podem melhorar os desfechos. Assim, o objeto deste estudo foi a efetividade do *checklist* para visita multiprofissional e teve como objetivo geral: analisar a efetividade de *checklist* na visita multiprofissional para melhoria dos indicadores de segurança do paciente crítico. Trata-se de um estudo quase experimental do tipo antes e depois, com grupo controle não equivalente. O cenário do estudo foi uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital universitário no estado do Piauí/Brasil, no qual contemplou 91 profissionais e 233 pacientes internados na UTI entre julho a dezembro de 2018. A coleta de dados ocorreu mediante o preenchimento de *checklists* durante as visitas multiprofissionais, dois questionários: “Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais” e “Questionário sobre opinião do uso do *checklist*” preenchidos pelos profissionais e coleta pela pesquisadora dos dados clínicos dos pacientes. Os dados foram analisados com auxílio do *Software Hospital Survey Excel Tool 1.8* por meio de análise estatística descritiva e *software Statistical Package for the Social Sciences* com análise descritiva, aplicado o teste de Qui-Quadrado e t de Student. Para todos os testes estatísticos foram aplicados o nível de significância foi de 5%. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí de número 95774418.7.0000.5214. A partir das análises quanto aos profissionais, a maioria avaliou a cultura de segurança como regular e que não relatou nenhuma notificação nos últimos 12 meses. Caracterizou-se como dimensões fortes de cultura de segurança “expectativas e ações do gestor/ promoção da segurança do paciente pela gestão”, e como dimensões frágeis ou com oportunidade de melhoria, “suporte e gerenciamento para segurança do paciente”, “percepções gerais da segurança do paciente”, “frequência de eventos relatados”, “trabalho em equipe entre as unidades”, “transferências e passagem e plantão” e “resposta não punitiva ao erro”. No que diz respeito ao preenchimento dos *checklists*, os planos terapêuticos não obtiveram 50% de preenchimento, o que sugere pouco registro por parte dos profissionais. Sobre a opinião do uso do *checklist*, os profissionais afirmaram que a visita aumentou a compreensão sobre o quadro clínico apresentado pelo paciente e contribuiu de forma positiva na comunicação para aumentar segurança do paciente na UTI. Porém, que as visitas guiadas pelo *checklist* despendiam de um tempo prolongado e que muitos não preencheram efetivamente os campos destinados, sendo sugerido alteração da dinâmica adotada. Quanto aos pacientes, não foi evidenciado diferença estatística entre as características clínicas com o grupo controle e o grupo intervenção. E apesar de não ter evidenciado redução da taxa de mortalidade e tempo médio internação e diferenças significativas, houve diminuição da incidência de indicadores que podem sugerir o aumento de medidas profiláticas.

Descritores: Equipe de Assistência ao Paciente. Segurança do Paciente. Lista de Checagem. Comunicação. Unidades de Terapia Intensiva.

ABSTRACT

The critical patients are more subject number of adverse events by their severity health state and frequency of invasive interventions repeated by different professionals. In addition, the process of handoff between the patient care team suffers interferences by barriers that harm the safety care. However, multiprofessional rounds the side stream bed carried through by intensivistas can improve the outcomes. Then, the object of this study was the effectiveness of checklist for multidisciplinary rounds and had as objective generality: to analyze the effectiveness of checklist in the multidisciplinary rounds for improvement of the critical patient safety indicators. This is quasi-experimental study of the type before and later, with group it has controlled non equivalent. The study was executed in a Intensive Care Units (ICU) of a university hospital in the state of the Piauí/Brazil, that it contemplated 91 professionals and 233 patients admitted in the ICU between July-December of 2018. The data collection occurred by means of the filling of checklists during the multidisciplinary rounds, two questionnaires: "Hospital Survey on Patient Safety Culture" and "Questionnaire on opinion of the use of checklist" filled by the professionals and collects for the researcher of the clinical data of the patients. The data had been analyzed with support of Software Hospital Survey Excel Tool 1,8 by means of analysis descriptive statistics and software Statistical Package for the Social Sciences with descriptive analysis, applied the test of Chi-Square and t of Student. For all the statistical tests had been applied the level of significance were of 5%. The project was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of the Piauí of number 95774418.7.0000.5214. From the analyses about the professionals, the majority evaluated the security culture as to regulate and that they did not reported events in last the 12 months. It was characterized as strong dimensions for patient safety "supervisor/manager expectations and actions promoting patient safety", and as fragile dimensions or with improvement chance, it has "management support for patient safety", "overall perceptions of patient safety", "frequency of events reported", "teamwork across units", "handoffs and transitions" and "nonpunitive response to error". In what it says respect to the filling of checklists, the therapeutical plans had not gotten 50% form filling, that suggests insufficient register by the professionals. On the opinion of the use of checklist, the professionals had affirmed that the visit increased the understanding on the clinical presented by the patient and contributed of positive form in the communication to increase patient safety in the ICU. However, the visits guided within checklist expended of a drawn out time and that many professionals had not effectively filled the destined fields, mean suggested alteration of the adopted dynamics. About the patients, it was not evidenced difference statistics between the clinical characteristics with the group has controlled and the group intervention. And although it not to have evidenced reduction of the mortality tax and average time internment, detected reduction of the incidence of indicators that can suggest the increase of prophylactic measures.

Descriptors: Patient Care Team. Patient Safety. Checklist. Communication. Intensive Care Units.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 -	Descrição das variáveis do estudo. Teresina/PI, 2019.	30
Quadro 2 -	Dimensões e níveis avaliados pelo <i>Hospital Survey on Patient Safety Culture</i> . Teresina/PI, 2019.	35
Figura 1 -	Apresentação das fases percorridas por meses de coleta de dados. Teresina/PI, 2019.	36

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Caracterização dos profissionais da UTI. Teresina/PI, 2019.	41
Tabela 2 -	Número de eventos de segurança notificados e nota de segurança do paciente atribuída pelos profissionais da UTI. Teresina/PI, 2019.	42
Tabela 3 -	Análise de respostas positivas da cultura de segurança dos profissionais da UTI (N= 91) a partir do HSOPSC. Teresina/PI, 2019.	43
Tabela 4 -	Percentual de preenchimento do <i>checklist</i> . Teresina/PI, 2019.	45
Tabela 5 -	Caracterização dos profissionais participantes da visita multiprofissional. Teresina/PI, 2019.	47
Tabela 6 -	Percentual de concordância das afirmativas pelos profissionais sobre a opinião do uso do <i>checklist</i> . Teresina/PI, 2019.	47
Tabela 7 -	Comparação entre a estatística descritiva do perfil geral dos pacientes antes (grupo 1 -comparação) e durante (grupo 2 - intervenção) da implementação da visita multiprofissional.Teresina/PI, 2019.	50
Tabela 8 -	Associação de características gerais dos pacientes antes (grupo 1-comparação) e durante (grupo 2- intervenção) da implementação da visita multiprofissional. Teresina/PI, 2019.	50
Tabela 9 -	Comparação dos indicadores de segurança do paciente entre o grupo 1 (comparação) e grupo 2 (intervenção). Teresina/PI, 2019.	52

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AHRQ	<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>
APACHE	<i>Acute Physiology and Chronic Health Evaluation</i>
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
EA	Evento Adverso
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
ESP	Eventos de Segurança do Paciente
HSOPSC	<i>Hospital Survey on Patient Safety Culture</i>
JCI	<i>Joint Commission International</i>
LPP	Lesão por Pressão
MPM	<i>Mortality Probability Model</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAVM	Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica
PBE	Prática baseada em evidências
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PSI	<i>Patient Safety Indicators</i>
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SAPS	<i>Simplified Acute Physiology Score</i>
SCCM	Sociedade de Medicina Intensiva Americana
SOFA	<i>Sequential Organ Failure Assessment</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TVP	Trombose venosa periférica
UTI	Unidades de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	Objeto de estudo	14
1.2	Questão de Pesquisa	14
1.3	Hipótese	14
1.4	Objetivos	14
1.4.1	Objetivo Geral	14
1.4.2	Objetivo Específico	14
1.5	Justificativa	15
1.6	Relevância	15
2	REFERENCIAL TEMÁTICO	16
2.1	Comunicação como instrumento básico do cuidar	16
2.1.1	Visita multiprofissional para um cuidado integral	18
2.2	Uso de <i>Checklist</i> na gestão do cuidar para boas práticas	20
2.3	Indicadores de segurança para a gestão do cuidar	23
2.4	Segurança na assistência ao paciente crítico	25
3	MÉTODO	29
3.1	Delineamento do estudo	29
3.2	Local do estudo	29
3.3	População e amostra	30
3.4	Variáveis do estudo	30
3.5	Instrumentos para coleta de dados	33
3.5.1	Formulário para coleta dos dados de identificação e clínicos do paciente	33
3.5.2	<i>Checklist</i> para visita multiprofissional	33
3.5.3	Questionário sobre opinião dos profissionais sobre o uso do <i>checklist</i>	34
3.5.4	Questionário sobre Segurança do Paciente em Hospitais	34
3.6	Procedimentos para coleta de dados	36
3.6.1	Conhecimento do cenário de pesquisa e apresentação do <i>checklist</i> aos profissionais	36
3.6.2	Execução da visita multiprofissional	37

3.6.3	Ajustes no <i>checklist</i> e visita multiprofissional	38
3.6.4	Coletas das variáveis clínicas dos pacientes	38
3.6.5	Aplicação do questionário HSOPSC aos profissionais	38
3.6.6	Aplicação do questionário sobre opinião dos profissionais sobre o uso do <i>checklist</i>	38
3.6.7	Coleta dos indicadores de segurança	39
3.7	Análise de dados	39
3.8	Aspectos éticos e legais	40
4	RESULTADOS	41
4.1	Cultura de segurança do paciente na UTI	41
4.2	Percentual de preenchimento do <i>checklist</i>	45
4.3	Opinião dos profissionais sobre o uso do <i>checklist</i>	46
4.4	Comparação dos dados clínicos dos pacientes e indicadores de segurança	49
5	DISCUSSÃO	54
6	CONCLUSÃO	59
	REFERÊNCIAS	61
	APÊNDICE A - Formulário para coleta dos dados identificação e clínicos do paciente	73
	APÊNDICE B – Checklist para visita diária multiprofissional – UTI HU	74
	APÊNDICE C - Questionário de opinião sobre o uso do <i>checklist</i>	76
	APÊNDICE D - Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) -destinado a equipe multiprofissional	78
	APÊNDICE E – Termo de compromisso de utilização de dados (TCUD)	80
	ANEXO A - Pesquisa sobre segurança do paciente em hospitais (HSOPSC)	82
	ANEXO B - Parecer do CEP	87

1 INTRODUÇÃO

Os danos indesejáveis, eventos adversos (EA), ocasionados durante o cuidado prestado representam um problema mundial por ocasionar possível prorrogação da alta hospitalar, resistência aumentada a antimicrobianos, custos elevados para pacientes, instituições de saúde e em casos mais graves provocar óbitos. Neste raciocínio, cada atitude tomada possui certo grau de insegurança inerente que exige a necessidade de melhorias organizacionais (BRASIL, 2013; WHO, 2018).

Estima-se que erros ocasionados durante o cuidado é a terceira causa de morte no Estados Unidos, ou que 1 em cada 4 pacientes sofre algum prejuízo durante o atendimento hospitalar em países de alta renda, portanto, requer maior atenção. No Brasil, revelou-se um aumento expressivo de número de notificações de incidentes relacionados à assistência à saúde no ano de 2015, relacionados a anos anteriores (BRASIL, 2016; MAKARY; DANIEL, 2016; WHO, 2018).

Tal problemática fez com que em 2005, a Organização Mundial de Saúde (OMS) em parceria com a *Joint Commission International* (JCI) propusessem as “Soluções de Segurança do Paciente” (*Patient Safety Solutions*), cujas seis metas objetivam uniformizar medidas preventivas e políticas na segurança do paciente (TRINDADE; LAGE, 2014).

Dentre as medidas abordadas nas metas, a comunicação é a segunda, enquanto instrumento básico do cuidar efetivo entre profissionais de saúde, uma vez que é inerente a todas as atividades desses trabalhadores. Também é definida como prioridade no Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria MS/GM nº 529, de 1º de abril de 2013, em todos os serviços de saúde do território nacional, quer públicos ou privados, de acordo com necessidade (BRASIL, 2014).

A comunicação, em suas diversas formas, é instrumento significativo e humanizador, e para não ocorrer distorções e falhas na assistência a equipe de profissionais precisa estar envolvida por igual no processo. Seu caráter complexo e dinâmico nos serviços de saúde faz com que se apresente entre as causas-raízes de mais de 70% dos erros nos serviços de saúde como principais problemas a omissão de informação (27%), falta de clareza (21%), contexto errado (20%), para pessoa errada (14%), informação errada (12%) e comunicação ofensiva (6%) (THE JOINT COMMISSION, 2015; ARAUJO NETO *et al.*, 2016; UMBERFIELD *et al.*, 2019).

No ambiente hospitalar, a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) suscita riscos à segurança do

paciente, devido à complexidade dos materiais, tecnologias e técnicas utilizadas, na perspectiva de que recebe pacientes graves que necessitam de monitorização contínua, cuidados avançados e invasivos em maior frequência. A unidade exige atenção e monitorização redobrada da equipe multiprofissional, o qual justifica a necessidade de estruturas que subsidiem decisões direcionadas para se promover o cuidado seguro, entre essas, a comunicação efetiva em função da possibilidade de ocorrência de eventos adversos (GONÇALVES *et al.*, 2016; PERÃO *et al.*, 2017; SANTOS; CAMPOS; SILVA, 2018).

Em média um paciente crítico necessita, de mais de 170 intervenções diferentes por dia, praticada, em sua maioria, por diferentes profissionais e repetidas vezes com uma estimativa de 1,7 erros por dia nesses pacientes. Entre os principais EA ocorridos está a falha no processo de comunicação, uma vez que os profissionais, constantemente não possuem oportunidades apropriadas ou hábito de conversarem de forma coerente sobre os aspectos essenciais do plano de cuidados de seus pacientes (JUSTICE *et al.*, 2016; CRUZ *et al.*, 2018; DIETZ *et al.*, 2018).

Para melhorar esses obstáculos, as visitas multiprofissionais diárias a beira leito realizados por intensivistas podem melhorar os desfechos devido a sua capacidade em padronizar a comunicação entre os profissionais, além de trazer melhorias na qualidade do atendimento. O formato consagrado, com opinião de todos os profissionais envolvidos no cuidado, em que a evolução horizontal sequencial permite questionamentos diários quanto a itens avaliados no paciente (COMEAU; ARMENDARIZ-BATISTE; WOOPY, 2015; DIETZ *et al.*, 2018).

Essas “reuniões” são apontadas como indispensáveis nas atividades de uma UTI, uma vez que colabora de forma positiva para a qualidade do cuidado. O uso do *checklist* em mãos à beira do leito, são ferramentas cognitivas adicionais, que associado a essa prática auxilia a melhorar a colaboração interprofissional, otimizar os cuidados e garantir a segurança do paciente, que pode se apresentar como folhas de objetivos diários (COMEAU; ARMENDARIZ-BATISTE; WOOPY, 2015; ALMEIDA *et al.*, 2017).

A eficácia da aplicação de *checklist* pode ser medida por meio de indicadores de segurança, que por sua vez, identificam ou monitorizam a ocorrência de incidentes, permitem a mensuração do nível de segurança em hospitais e apontam de forma direta problemas prioritários (GOUVÊA, 2015).

Posto isto, o interesse em introduzir uma ferramenta que sistematize a comunicação entre a equipe multiprofissional, firma-se o seguinte objeto:

1.1 Objeto de estudo

A efetividade do *checklist* para visita multiprofissional.

1.2 Questão de pesquisa

O uso de um *checklist* na visita multiprofissional é efetivo na melhoria dos indicadores de Segurança do Paciente crítico?

1.3 Hipótese

O uso de um *checklist* na visita multiprofissional é efetivo na melhoria dos indicadores de Segurança do Paciente crítico.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo geral

Analisar a efetividade de *checklist* na visita multiprofissional para melhoria dos indicadores de Segurança do Paciente crítico.

1.4.2 Objetivos específicos

- Caracterizar os participantes da pesquisa de acordo com variáveis sociodemográficas e clínicas;
- Verificar as múltiplas dimensões da cultura de segurança do paciente, nota de segurança e número de eventos adversos notificados nos últimos 12 meses pelos profissionais da UTI;
- Determinar a frequência de preenchimento das *checklist* pelos profissionais;
- Sumarizar a opinião da equipe multiprofissional quanto ao uso de um *checklist*;
- Comparar os dados clínicos dos pacientes entre o grupo comparação (antes) e grupo intervenção (durante) a implementação da visita multiprofissional guiada pelo *checklist*;
- Comparar a média da incidência dos indicadores de segurança do paciente antes e durante

a implementação da visita multiprofissional guiada pelo *checklist*.

1.5 Justificativa

A partir da contextualização, o presente estudo se justifica por estar de acordo com a legislação nacional, como o Programa Nacional de Segurança do Paciente, em que estabelece como uma das estratégias para a implementação da cultura de segurança a ênfase no aprendizado e aprimoramento organizacional, engajamento dos profissionais e dos pacientes na prevenção de incidentes. Em âmbito científico, os resultados da pesquisa contribuem para lacunas existentes relacionadas a temática, bem como acrescenta conhecimento as evidências.

No local do estudo realizado, a aplicação da visita multiprofissional guiada pelo *checklist* se deu como introdução de uma nova prática e ferramenta para rotina do setor, o que favorece o cuidado prestado com os pacientes.

E quanto ao caráter profissional, oportuniza o reconhecimento da relação sujeito-trabalho à medida que o instrumento proposto tem implicações diretas com um ambiente mais seguro.

1.6 Relevância

Ressalta-se a relevância em determinar estratégias para aprimorar a comunicação, em vista da melhoria da cultura de segurança, relações interpessoais no processo de trabalho e à construção de um conhecimento horizontal na equipe de profissionais, condizente com a condição clínica que o enfermo se encontra, com base em ambientes seguros aos pacientes, evitando-se os processos de responsabilização individual.

A aplicabilidade do *checklist* como uma tecnologia na prática tem o intuito de subsidiar avaliação da qualidade da assistência, que melhore a comunicação entre os profissionais, na medida em que uniformiza ou sistematiza a visita multiprofissional. Indiretamente, reduzir custos referentes aos serviços de saúde, de modo a proporcionar ao paciente o mínimo possível de danos e contribuir para sua recuperação no estado de saúde.

Os resultados provenientes e suas conseqüentes repercussões, visam também a difusão no ensino para formação de futuros profissionais mais qualificados.

2 REFERENCIAL TEMÁTICO

Essa revisão consta os seguintes tópicos, a saber: comunicação como instrumento básico do cuidar; visita multiprofissional para um cuidado integral; Uso de *checklist* na gestão do cuidar para boas práticas; indicadores de segurança para a gestão do cuidar e segurança na assistência ao paciente crítico.

2.1 Comunicação como instrumento básico do cuidar

Um "instrumento" é o objeto utilizado com o meio de alcançar um propósito. Assim, instrumentos básicos para o cuidar são definidos como conjunto de conhecimentos e habilidades fundamentais para o exercício de todas as atividades profissionais. São eles a comunicação, planejamento, avaliação, método científico ou de problema, observação, trabalho em equipe, destreza manual e criatividade. No âmbito da saúde, a comunicação, por exemplo, ultrapassa o significado de decodificação de uma mensagem transmitida, uma vez que realizado de forma confusa é capaz de gerar conflitos oriundos da não compreensão (HORTA; KAMIYAM; PAULA, 1970; NASCIMENTO *et al.*, 2017).

Assim, do latim “communicare” significa “por em comum”. É o meio pelo qual nós descobrimos, criamos relações, estabelecemos vínculos. Por ela se formam os sentidos da vida e do mundo que organizam as relações na sociedade, ou seja, está inerente a vida do ser humano. Esta pode ocorrer de maneira verbal, expressa pela utilização de palavras pronunciada -presencial e telefônica- ou da escrita -manual e eletrônica-, a não verbal envolve todas as manifestações de símbolos, expressões e comportamentos (STEFANELLI,1993; SILVA, 2002; STEFANELLI, 2005; ARAÚJO, 2013).

Apesar das inovações no campo da informação para alcance de uma comunicação efetiva, a comunicação verbal ainda se faz primordial em decorrência da riqueza nas interações (GUZINSK *et al.*, 2019). A comunicação ainda está no processo de determinação social da saúde tanto quanto qualquer outro determinante, uma vez que ela impacta o direito à saúde, em todos os processos sociais, culturais e políticos relacionados com o bem-estar físico, mental e social (ARAÚJO, 2013).

Além da informação, tudo que se transmite ao outro representa o sentimento que ela consegue provocar, em especial ao se falar de saúde e doença ou de vida e morte (SILVA, 2002).

Desse modo, informações e experiências trocadas geram o conhecimento e proporcionam uma estrutura para avaliação e inclusão de novas vivências e informações. Nesse contexto, a qualidade da assistência é prejudicada por consequência de intervenções equivocadas, atrasadas ou realizadas de forma duplicada.

O atendimento das necessidades humanas básicas ao paciente depende, majoritariamente do tipo de comunicação ocorrida entre paciente-profissional. A enfermeira teórica Peplau inclui a comunicação como um processo de solução de problema usado pelo enfermeiro na relação com o paciente, de modo a orientar os caminhos da saúde. No todo, entre membros da equipe de saúde, o estabelecimento da comunicação efetiva se dá com contato dos olhos, escuta ativa, confirmação da compreensão da mensagem, liderança clara, envolvimento de todos os membros da equipe, discussões saudáveis de informações pertinentes e consciência situacional (SILVA, 2002; NASCIMENTO *et al.*, 2017).

Para tanto, a qualidade do serviço prestado ao paciente de saúde não é determinada apenas por equipamentos materiais e aplicação dos conhecimentos técnico-científicos. Também está intimamente ligada às relações estabelecidas pela equipe de saúde com o paciente, derivadas das “éticas interativas e comunicacionais” (SILVA, 2002). Isto reflete no bom tratamento ao paciente, uma vez que se há boa comunicação entre os membros, melhores serão os resultados.

Nesse sentido, independente da sua área de atuação, é essencial que o profissional adquira a competência interpessoal para uma prática efetiva. Deve-se tomar conhecimento sobre a comunicação humana, terapêutica e que as avaliações de seu uso acompanham todas as suas fases, e que a habilidade de se comunicar repercute nos seus relacionamentos interpessoais. A competência em comunicação deve ser equiparada à competência clínica, para que o paciente receba uma assistência de alta qualidade científica e humanitária (STEFANELLI, 2005).

Apesar de sua importância, a comunicação inadequada apresenta-se como a maior causa dos eventos adversos, das quais barreiras que impedem o processo eficaz e seguro são múltiplas tarefas, interrupções, distrações, tempo, poluição sonora, omissões, falta de compreensão ou lembrança incorreta da informação, cultura hierárquica que desencoraja perguntas, diferenças no conhecimento clínico, bem como pacientes com múltiplos problemas clínicos e grande quantidade de paciente por profissional (D’EMPAIRE; AMARAL, 2017). Posto isto, as pessoas precisam ser ouvidas e compreendidas de modo que absorvam as suas próprias vivências de forma a auxiliar na elaboração da solução de seus dilemas.

No entanto, elementos motivadores para a construção de um ambiente favorável para troca de informação relacionam-se à valorização e reconhecimento dos profissionais, questão salarial, recursos materiais e valorização do trabalho realizado. Ressalta-se também a importância do ensino comunicativo durante a formação, bem como educação permanente e continuada de profissionais para desenvolver habilidade, liderança na tomada de decisão e empatia entre os envolvidos no cuidar. Acredita-se que essa habilidade possa ser adquirida com vista a melhoria da assistência e transformações institucionais em prol da segurança do paciente (NUNES; WOVST; NETO, 2014; SIMAN *et al.*, 2015, ARAÚJO *et al.*, 2017).

Consequentemente, a comunicação eficiente permite a redução da permanência de internação, diminuição de custos, e ainda ser sinal de qualidade no atendimento. Aponta-se que encontros frente a frente da equipe multidisciplinar, incentiva a troca de opiniões de diferentes especialidades, discussões sobre casos clínicos, favorece a integração, relacionamento interpessoal e o aprendizado em grupo (GUEUDEVILLE, 2007).

2.1.1 Visita multiprofissional para um cuidado integral

Uma situação em que a comunicação se faz substancialmente presente e essencial na assistência intensiva é no decorrer do *handoff* que consiste na transmissão de informações pertinentes sobre o estado de saúde atual, mudanças ocorridas e o tratamento em seguimento que dão continuidade no cuidado do paciente. É a transferência de responsabilidade sobre o paciente entre uma a outra equipe de profissional durante a admissão, assistência em diferentes turnos, transferência de um paciente a diferentes setores e alta hospitalar (ABRAHAM *et al.*, 2012).

Envolve três condições: transferência da informação, autoridade e responsabilidade. As barreiras que impedem o processo de troca de informação se alinham com estudos anteriores que apontam o *handoff* como um desafio para a área da saúde em relação à qualidade e segurança (ABRAHAM *et al.*, 2012; NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015; STARMER *et al.*, 2014).

A visita multiprofissional, por sua vez, é uma modalidade de *handoff*, prática crescente em UTIs em nível global. Também é referida como *rounds* ou rodadas multidisciplinares. Este compreende a passagem conjunta dos profissionais na beira do leito de cada paciente, em que cada um possui papel definido, ao passo que padroniza a prática e, ao mesmo tempo, garante que os principais componentes avaliados sejam negligenciados, o que pode colaborar para redução de

morbidade e mortalidade dentro de UTI'S (SHARMA; FRIEDE, 2019).

A realização desse tipo de *handoff* é importante, com a opinião de todos os profissionais envolvidos no cuidado a evolução horizontal sequencial permite questionamentos diários quanto a itens avaliados no paciente e desenvolvimento de atividades e do plano de cuidados no período de 24 horas. O Ministério da Saúde sugere ao menos 30 minutos entre as atividades diárias, em determinado horário reservado para discussão entre a equipe (COMEAU; ARMENDARIZ-BATISTE; WOOPY, 2015; BRASIL, 2019).

A visita multiprofissional realizada por intensivistas podem melhorar os desfechos e no cenário de uma UTI, a troca de informações, comunicação efetiva e a participação de toda equipe são consideradas uma tríade para a redução de mortalidade neste âmbito (COMEAU; ARMENDARIZ-BATISTE; WOOPY, 2015; BATISTA; NEVES, 2017).

A colaboração específica de cada profissional viabiliza resultados positivos na discussão. Na maioria dos modelos da UTI, o médico primário (diarista/intensivista) lidera a equipe multidisciplinar e determina a direção do plano fundamentado na opinião da equipe. Já os médicos consultores, plantonistas ou outros especialistas, estão presentes para consulta a depender das especificidades e sistemas de órgãos envolvidos em cada caso (BATISTA; NEVES, 2017; SHARMA; FRIEDE, 2019).

O equipe de enfermagem, profissionais que ofertam assistência ininterrupta ao paciente, são capazes de conhecer afundo preocupações humanísticas dos pacientes e das famílias, e responsáveis por realizar muitos dos elementos do plano diário, como cateteres, administração de medicamentos, curativos, alimentação e higiene e adesão ao protocolo. O fisioterapeuta enfoca na na monitorização e ajustes do suporte e desmame ventilatório, oxigenoterapia e prevenção de complicações pulmonares (BATISTA; NEVES, 2017; SHARMA; FRIEDE, 2019).

A nutrição sugere suporte e via de acesso para definição da dietoterapia, massa corporal adequada e monitora a administração dietoterápica. O fonoaudiólogo direciona o acompanhamento da deglutição e reestabelecimento da fala de preferência emintubações de longa permanência. A psicologia, em sua vez, avalia e realiza atividades de adaptação e a aceitação dos pacientes e seus familiares, e transfere para equipe toda a impressões demonstradas por eles (BATISTA; NEVES, 2017; SHARMA; FRIEDE, 2019).

E o farmacêutico auxilia na tomada de decisão e adequação da farmacoterapia ao identificar interações, doses erradas, custos e dispensação de fármacos. Ainda, outros componentes incluídos

podem ser assistentes sociais/capelães (aconselhamento de apoio e luto) e a família que fornece uma visão das preferências e rejeições do paciente, de modo a apontar particularidades para o paciente (BATISTA; NEVES, 2017; SHARMA; FRIEDE, 2019).

D'empaire e Amaral (2017) destacam que estratégias devem ser tomadas como ferramentas de auxílio para efetividade dessa atividade como padronização de itens a serem abordados, mnemônicos, folha de objetivos diários ou protocolos. A eficácia neste processo no âmbito hospitalar ajuda evitar eventos adversos e contribui para a segurança do paciente (FARIAS; SANTOS; GÓIS, 2018).

Neste contexto, a organização do processo comunicativo mediante tecnologias padronizadas pode potencializar o trabalho em equipe e garantir um acompanhamento sem omissões (SANTOS; CAMPOS; SILVA, 2018).

Por conseguinte, existem protocolos de comunicação estruturados, como briefing (antes) e debriefing (depois), muito utilizados em cirurgias; outra abordagem é a padronização da transmissão de parecer do paciente, denominada SBAR (Situação; Background – história prévia; Avaliação; Recomendação). O *checklist*, no que lhe concerne, permitem o compartilhamento de informações por meio de uma lista de verificação de forma sistemática quanto a aspectos de cuidado ao paciente (THE JOINT COMMISSION, 2012; NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015; BATISTA; NEVES, 2017).

Quanto ao efeito nas percepções dos profissionais após a intervenção de um *checklist*, 69% compreenderam o processo como eficiente; 75% estavam à vontade para realizar perguntas e 94% acreditavam que houve melhora no cuidado com *handoff* (VERGALES *et al.*, 2015).

2.2 Uso de *Checklist* na gestão do cuidar para boas práticas

As boas práticas assistenciais representam um componente para a garantia da qualidade prestada, a ser atingido pelos profissionais para uma saúde isenta de riscos e falhas ao paciente. Dessa forma, a prática baseada em evidências (PBE) prevê o aumento da qualidade dos cuidados e à segurança dos pacientes. Deste modo, a adoção de instrumentos de melhoria validados, como escalas de mensuração, classificação de pacientes alcançou resultados confiáveis na gestão para realização de PBE e são cada vez mais frequentes na área da saúde (ABREU; POMPEO; PERROCA, 2014).

Estes instrumentos variam de acordo com o método, como de classificação nas 24 horas, 48 horas, quinto ou décimo dia de internação, ou de classificação diária, no período da admissão, alta do setor, e objetivam medir o grau de dependência, cuidados mínimos, horas de assistências para atender às necessidades dos pacientes, gravidade do estado de saúde, entre outros. Esses itens atuam como norteadores do processo de tomada de decisão no gerenciamento do cuidar (ABREU; POMPEO; PERROCA, 2014).

Bem como as tripulações de voo, os profissionais de saúde, deparam-se muitas vezes com situações de estresse e desgaste, nas quais se não analisados e gerenciados de forma adequada podem comprometer a vida. Nesse sentido, instrumentos utilizados na redução de acidentes na aviação, meio de transporte mais seguro do mundo, têm sido aplicados na área da saúde, com o intuito de melhorar a qualidade do atendimento. O sucesso de sua aplicabilidade têm sido revelado em abordagens sistemáticas e rápidas, como na anestesiologia, cirurgia, emergência e unidade de terapia intensiva (PRONOVOST; WU; SEXTON, 2004).

No setor saúde, a qualidade da assistência é o grau em que serviços de saúde aumentam a probabilidade de resultados desejados e são consistentes no conhecimento profissional (WHO, 2018). Para melhoria contínua da qualidade e da segurança, a introdução de *checklists* são sugeridos como ferramentas de avaliação diária e sistemática à beira leito do paciente criticamente enfermo (VIEWNET, 2015).

Os tópicos pré-definidos de um *checklist* orientam os usuários na conclusão de tarefas em que o erro ou o esquecimento podem ser fatais e orientam a padronização e são utilizados no gerenciamento de riscos, descrita dentre as ferramentas de análise de risco, além de criar avaliações confiáveis e reprodutíveis (VINCENT, 2005; GAWANDE, 2011; ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS; ROYAL COLLEGE OF NURSING, 2012).

Um estudo realizado em oito hospitais demonstrou melhorias significativas após a implantação de um *checklist* com redução das taxas de mortes e de complicações para mais de um terço, no qual a taxa de complicações hospitalares caiu de 11% para 7%, e a de mortalidade no pós-operatório de cirurgias de grande porte, de 1,5% para 0,8% (GRIGOLETO; GIMENES; AVELAR, 2011). O tempo de permanência dos pacientes internados em uma UTI, por sua vez, diminuiu de uma média de 2,2 dias para 1,1 dia após a implementação de um formulário de objetivos diários (PRONOVOST *et al.*, 2003).

Com o intuito de sistematizar o atendimento e revisar os cuidados

básicos aplicáveis a quase todos pacientes críticos. Em 2005, o médico Jean Louis, propôs a regra mnemônica de sete pontos fundamentais da abordagem multidisciplinar ao paciente crítico, a qual deve ser aplicado pelo menos uma vez ao dia. Um recurso mnemônico é um sistema simples usado para lembrar uma seqüência de dados, nomes, números e geral para lembrar listas de itens que não podem ser lembrados facilmente. Trata-se de uma técnica de memorização, que objetiva tornar a aprendizagem mais fácil (VINCENT, 2005; CHOQUE, 2017).

“O *FAST HUG*” ou no português traduzido como abraço rápido, tem obtido grande popularidade, uma vez que permite aplicação à maioria dos pacientes, deve ser utilizado na evolução horizontal diária do paciente como ferramenta para padronização de condutas e como *checklist*. Cada unidade deve sistematizar sua utilização, e montar protocolos específicos para cada um dos seus pontos (VINCENT, 2005; ACEVES *et al.*, 2015).

Os pontos do *FAST HUG* remetem a: “*Feed*” – alimentação, “*Analgesy*” - analgesia, “*Sedation*” - sedação, “*Thromboembolic prevention*” – profilaxia do tromboembolismo, “*Head*” – cabeceira elevada, “*Stress ulcer prevention*”- prevenção de úlcera por stress, “*Glucose control*” – controle glicêmico (VINCENT, 2005).

A simplicidade do *FAST HUG* permite rápido aprendizado e utilização por toda equipe do serviço, simboliza a cooperação multidisciplinar no cuidado ao paciente crítico. Após a publicação original, outras modificações do *FAST HUG* foram publicadas, com acréscimos de acordo com o autor, no entanto, a proposta inicial de simplicidade e reprodutibilidade ainda é o mais importante (CHOQUE, 2017).

Ferreira (2015) avaliou o impacto do uso do *FAST HUG* em pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV), e teve como achados da implementação do *checklist* a redução os casos de PAV, bem como, a redução de custos, taxas de mortalidade e tempo de permanência no hospital.

No Brasil, Caldeira Filho e Westphal (2013), elaboraram o “COM SUSPEITA PARA O BEM”, baseado no *FAST HUG*, em que acrescentaram outros aspectos além dos contido neste. São eles, Comorbidades: doenças preexistentes e interação medicamentosa; sedação: avaliar necessidade, nível, ciclo-vigília, tipo de sedativo e desmame diário; úlcera: profilaxia de úlcera gástrica; suspensão da cabeceira: pacientes em ventilação mecânica encontram-se com a cabeceira acima de 30°; períneo: examinar a região do períneo e necessidade de retirada de sonda vesical.

O item escara avalia a profilaxia e presença de lesão por pressão; infecção de cateter: sinais

flogísticos e necessidade de mantê-lo; Trombose venosa periférica (TVP): profilaxia farmacológica ou mecânica; alimentação: se em dieta zero, tolerância e se o aporte calórico é adequado; pressão de vias aéreas: pressão de platô esteja < 30 cmH₂O (CALDEIRA FILHO; WESTPHAL, 2013).

A analgesia avalia escala de dor e analgesia contínua ou intermitente; retirar do leito: possibilidade de deambular; antibiótico: se antibióticos utilizados são adequados e/ou possibilidade de suspensão; oftalmoproteção: profilaxia para úlceras de córnea; balonete: evitar lesão das vias aéreas, pressão entre 25-30 mmhg; extubação: possibilidade de desmame da ventilação e realização de traqueostomia. E metabólico: corrigir se distúrbios metabólicos e controle glicêmico (CALDEIRA FILHO; WESTPHAL, 2013).

A eficácia do resultado da utilização dos *checklists* na prestação de serviço de saúde pode ser medidas por meio de indicadores.

2.3 Indicadores de segurança para a gestão do cuidar

Na saúde, os indicadores constituem-se de instrumentos indispensáveis para a gestão e avaliação dos serviços e programas de saúde. São como uma variável ou característica nos quais representam e dão maior atributo sobre determinadas propriedades e dimensões do estado de saúde. O acompanhamento de seus dados evidenciam a eficiência do serviço e orientam áreas com oportunidades de melhorias (MOURA et al., 2009; MENDES; SOUZA, 2014).

Para alcance de suas funções, a atividade de monitorar indicadores deve ser planejada, desde a sua escolha, da frequência da mensuração, elaboração de relatórios, e deve ser organizada de modo a assinalar situações ou obstáculos no qual precisam ser analisados como objeto de intervenção para aperfeiçoamento (BRASIL, 2013). Neste sentido, os indicadores podem ser expressos como uma razão, proporção, taxa ou evento, na maioria das vezes evitáveis, como erros na prescrição de medicamentos (AIRES *et al.*, 2017).

Uma vez que se almeja a qualidade no serviço de saúde prestado, a qualidade pode ser definida como grau em que os serviços de saúde para indivíduos e populações aumentam a probabilidade de resultados desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

Estudos que utilizaram indicadores assistenciais e de qualidade notificaram aceitabilidade dos profissionais, auxiliaram na identificação de problemas prioritários, possibilitaram criação,

aplicação e validação de novos indicadores de acordo com o país e suas particularidades, bem com mensuração da assistência relacionados à dor de forma a traçar o perfil do diagnóstico, tempo de permanência, taxa de mortalidade e outros dados importantes a pacientes submetidos a ventilação mecânica (COSTA, 2011; OLIVEIRA *et al.*, 2017).

No que diz respeito à utilização dos indicadores de qualidade da assistência na enfermagem, Silveira *et al.* (2015) concluíram em seu estudo que apenas 54% coletam indicadores, e analisam a fim de implementar melhorias em seus locais de trabalho. Nos depoimentos, os enfermeiros reconhecem a importância dos indicadores de qualidade da assistência, no entanto, dificuldades enfrentadas para sua utilização são falta de tempo, número inadequado de profissionais e falta de conhecimento a respeito do tema.

Na perspectiva da promoção da segurança do paciente, a inclusão de indicadores de segurança nas práticas de monitoramento representa uma estratégia essencial para nortear melhorias. De acordo com a *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), os indicadores de segurança do paciente (*patient safety indicators* – PSI) são indicadores da qualidade que refletem a realidade do cuidado. E especificamente, rastreiam incidentes, direta ou indiretamente, dos pacientes expostos ao sistema de saúde de modo a servir de subsídios para prevenção (RUNCIMAN *et al.*, 2009; GOUVÊA, 2015).

Um estudo na Pensilvânia (2006) utilizou os PSI desenvolvidos pela AHRQ para investigar eventos de segurança do paciente (ESP). Como resultado, os pacientes com ESPs tiveram um tempo de internação maior (3 dias a mais) e um custo adicional de 35.000 dólares em comparação àqueles sem ESPs. Observa-se assim, que PSI são ferramentas úteis para a vigilância de ESPs e que servem como uma fonte consistente para padronização de atividades relacionados às internações dos pacientes (TAYLOR *et al.*, 2013).

No âmbito, o PNSP sugere a adoção de indicadores de segurança incluídos nos protocolos de cirurgia segura; prática de higiene das mãos em serviços de saúde; prevenção de úlcera por pressão; identificação do paciente; prevenção de quedas; e prescrição, uso e administração de medicamentos (BRASIL, 2014).

Noventa e seis indicadores de segurança do paciente foram desenvolvidos após revisão sistemática da literatura e apresentam divulgação pública em fichas técnicas, classificados em gineco-obstetrícia, de prevenção e controle de infecções, clínicos, UTI adulto, anestesia e cirurgia e medicação (GOUVÊA; TRAVASSOS, 2010; GOUVÊA, 2015).

Para tanto, apesar de serem de relevância reconhecida, essa prática ainda é insuficientemente difundida nos serviços por gestores e profissionais de saúde e por que fontes de notificação de incidentes (os dados) serem prontuários de pacientes e bases de dados administrativos, locais que carecem muitas vezes de registro e qualidade (GOUVÊA, 2015; GAMA, *et al.*, 2016).

Este percurso é importante para o entendimento dos indicadores de segurança utilizados como variáveis no métodos da pesquisa.

2.4 Segurança na assistência ao paciente crítico

A segurança do paciente é definida como a redução de danos que podem ser evitáveis ao paciente durante a atenção no cuidado de saúde (BRASIL, 2013). Esta se inclui na dimensão da qualidade em saúde e alguns conceitos chaves são importantes para o entendimento relacionado ao conteúdo: o incidente é um evento ou circunstância que poderia ter ocasionado ou ocasionou algum prejuízo ao paciente. Pode-se classificar em *near miss* – incidente que não atingiu o paciente; incidente sem lesão – atingiu o paciente, mas não causou danos; e evento adverso (EA) – incidente que ocasionou dano (BRASIL, 2014).

Os primeiros trabalhos que investigaram a existência de EA, demonstraram que dos pacientes internados que sofreram algum tipo de EA, 27,6% poderiam ser evitados (Nova Iorque/EUA) e 67% seriam evitáveis (Rio de Janeiro/BR) (BRENNAN *et al.*, 1991; MENDES *et al.*, 2009). No entanto, após a divulgação do relatório do Institute of Medicine (IOM) “*To Err is Human*” (1999), no qual indicou o elevado gasto financeiro em detrimento da ocorrência destes danos ocasionados, o tema segurança do paciente alcançou destaque mundial e alerta de profissionais, gestores e organizações (BRASIL, 2013).

No Brasil, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) tem trabalhado em ações junto a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) sobre a temática desde 2007 a partir do compromisso assumido com o Ministério da Saúde na Luta contra as Infecções Relacionada à Assistência à Saúde (IRAS) (BRASIL, 2013).

Com base na legislação, a RDC nº 7 de 24 de fevereiro de 2010, dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de UTI, cita que a gerencia do hospital que se insere a unidade deve garantir a segurança e a proteção de pacientes, além de realizar o gerenciamento dos riscos

inerentes às atividades desenvolvidas na unidade (BRASIL, 2010).

Posterior a essa resolução, foi publicada a Portaria n° 529 de 1° de abril de 2013, que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e entre suas estratégias para a implementação do referido programa está a ênfase ao aprendizado e aprimoramento organizacional, engajamento dos profissionais e dos pacientes na prevenção de incidentes, com base em sistemas seguros, de modo a evitar processos de responsabilização individual. Visto que, a cultura de culpa e do erro gera sentimento de frustração, vergonha e dificulta a adequada notificação de incidentes (BRASIL, 2013; DUARTE; BOECK, 2015).

É necessário a implantação de um programa de segurança, à medida que os problemas são documentados e abordados sistematicamente, soluções são incorporadas, ao passo que uma cultura de segurança é desenvolvida dentro da UTI. Para isso, o Guia de UTI segura (2010) sugere o estabelecimento dos indicadores que serão utilizados para aferir os resultados na intervenção planejada, a partir de uma avaliação antecipada do ambiente, treinamento da equipe alvo e implementação do plano estabelecido após verificado recursos necessários (GUTIS, 2010).

A UTI é o local apropriado para prestar o atendimento especializado ao paciente crítico de forma ininterrupta com disponibilidade de aparato tecnológico necessário, bem como de profissionais especialistas. Devido ao aumento da expectativa de vida, crescimento da população envelhecida e melhorias na prestação de cuidados de saúde, fizeram com que a demanda por serviços de cuidados intensivos elevassem. A Sociedade de Medicina Intensiva Americana (SCCM) sustenta que o cuidado certo e agora (Right Care, Right Now) é melhor fornecido por uma equipe multiprofissional integrada de especialistas dedicados, o qual otimiza o atendimento ao paciente (SCCM, 2018).

O tempo de permanência na UTI varia aos atributos do paciente e dos recursos da UTI. Ainda assim, a permanência prolongada é onerosa de modo emocional e financeiro para pacientes e familiares. Todavia, estratégias podem ser utilizadas para reduzir esse tempo, especialmente com foco na melhoria da prestação de cuidados prestados como, a adesão a pacotes de medidas de desempenho e procedimentos, e a melhor comunicação entre equipe e família (SCCM, 2018).

A redução de custos por equipes intensivistas especializadas reduzem os custos da UTI assim como o tempo de internação, em que pode ser obtida com o gerenciamento de cuidados e intervenções gerais. O impacto desse tipo de cuidado é demonstrado pela execução de medidas de prevenção baseadas em evidências científicas capazes de reduzir a incidência Pneumonia

Associada à Ventilação Mecânica (PAVM) de forma significativa e firmada, de forma a trazer segurança na assistência e redução de custos (NASCIMENTO *et al.*, 2017). Aceita-se o mínimo de eventualidades possíveis, a considerar a fragilidade do estado de saúde e a inconsciência do paciente na maior parte dos casos (PEREIRA *et al.*, 2015).

No geral, as taxas de mortalidade em pacientes internados em UTI adulta são em média de 10% a 29%, a depender da idade e da gravidade da doença (SCCM, 2018). E para que possa quantificar a gravidade, avaliar o prognóstico da doença e direcionar as intervenções na prática clínica, são utilizados sistemas de escore prognóstico. Estes possibilitam comparar a qualidade do cuidado fornecido por diferentes UTIs e hospitais, com a finalidade de identificar as deficiências no desfecho clínico e enfatizar as lacunas para melhoria. Ou ainda, dentro da mesma instituição, podem ser feitas comparações entre o desempenho de uma UTI ao longo do tempo e ser avaliado as alterações na qualidade de cuidado (SALLUH; SOARES, 2014; KEEGAN; SOARES, 2016).

Existem, duas classificações de sistemas de escores. Os de disfunção orgânica, por exemplo, o *Sequential Organ Failure Assessment* (SOFA), em que caracteriza-se as complicações fisiológicas por sistema de órgãos para o fornecimento de uma avaliação objetiva da gravidade e extensão da disfunção dos órgãos. E outra classificação é o prognóstico de gravidade da doença, como exemplo, o *Acute Physiology and Chronic Health Evaluation* (APACHE), em que utilizam dados fisiológicos, condições prévias de mórvidas e informações relacionadas as propriedades da doença acometida para prever a probabilidade de óbito (KEEGAN, SOARES, 2016).

Dentro dos escores prognóstico de gravidade da doença, há três principais sistemas na UTI: o APACHE, o *Simplified Acute Physiology Score* (SAPS) e o *Mortality Probability Model* (MPM). Por meio de dados de fisiologia aguda, diagnóstico agudo, condições crônicas de saúde e características do índice quanto ao tempo da internação na UTI, preveem a mortalidade hospitalar. As primeiras descrições ocorreram nos anos 80, e ao longo do tempo foram atualizados e suas versões mais recentes: APACHE IV, SAPS 3 e MPM III. Em nível de complexidade e precisão está em primeiro lugar o APACHE, seguido do SAPS e MPM. Os escores APACHE são calculados a partir dos dados disponíveis dentro das primeiras 24 horas da internação à UTI (ZIMMERMAN *et al.*, 2006; HIGGINS *et al.*, 2003; KEEGAN; GAJIC; AFESSA, 2012).

Recomendado pelo Ministério da Saúde, o índice é calculado a partir da soma de 12 critérios clínicos, fisiológicos e laboratoriais que determinam a criticidade do quadro do paciente e o risco de óbito nas suas primeiras 24 horas de UTI. Ou seja, quanto maior a pontuação

no APACHE II, maior a mortalidade hospitalar do grupo de indivíduos estudado (SOARES; DONGELMANS, 2017).

Mesmo com suas atualizações, o APACHE II ainda permanece como um índice bastante usado. Em 2016, de doze ensaios clínicos com pacientes críticos publicados em três revistas médicas de maior impacto, o APACHE II foi o índice mais utilizado. Autores relatam que o score continua difundido entre as unidades de terapias intensivas pela familiaridade com o uso e com a compreensão da representatividade para um dado paciente, permite comparações de taxa de mortalidade ajustada ao longo do tempo, permite comparações em termos de severidade da doença entre novos e antigos estudos clínicos. No entanto, não pode ser recomendado para avaliações de comparação e desempenho (SOARES; DONGELMANS, 2017; MORENO; NASSAR, 2017).

Dessa forma, os sistemas prognósticos funcionam como ferramentas para avaliar o impacto de novas possibilidades terapêuticas em vista a modificação da prática organizacional, como conjuntos de ações para melhoria da qualidade de cuidado mais seguro para o paciente.

3 MÉTODO

3.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo quase experimental, do tipo antes e depois, com grupo controle não equivalente. O estudo do tipo quase experimental analisa causa e efeito entre as variáveis dependentes e independentes, com capacidade de testar hipóteses e fazer inferências. Diferente dos experimentais verdadeiros, é um delineamento que não tem distribuição aleatória dos participantes e a comparação entre as condições de tratamento e não tratamento pode ser feito entre grupos equivalentes, um submetido a intervenção e outro controle (POLIT; BECK, 2018).

Envolve um caráter analítico por uma avaliação mais aprofundada das informações coletadas em um determinado estudo, na tentativa de explicar o contexto de um fenômeno no âmbito de um grupo, grupos ou população. Procura explicar a relação entre a causa e o efeito e fazer inferências estatísticas pela aplicação de testes de hipótese (POLIT; BECK, 2018).

Utilizou-se as recomendações do *Consolidated Standards of Reporting Trials* (CONSORT, 2010) para a melhoria do relato do percurso metodológico.

3.2 Local do estudo

O estudo foi realizado em um hospital universitário do nordeste brasileiro, administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), em que oferta atividades especializadas, cirurgias em geral e serviço de apoio diagnóstico por imagem e análises clínicas. O ambiente físico da UTI é categorizado pelo hospital em duas subunidades: clínico e cardiológico, com um total de 15 leitos, composta por uma equipe multiprofissional, e atende pacientes da neurocirurgia, cirurgia cardíaca, oncologia cirúrgica, tratamento cirúrgico de obesidade mórbida, transplante e outros (EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES, 2015).

Antes da intervenção não havia sistematização da visita multidisciplinar, no entanto diariamente ocorria uma corrida beira leito com foco médico, que integravam médicos plantonista, diarista e residentes e profissionais de outras categorias participavam quando solicitados. Esta UTI tem como protocolos implementados os de Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica, Mobilização Precoce e Sedo-analgesia para uma assistência mais segura.

3.3 População e amostra

Este estudo contemplou a equipe multidisciplinar e pacientes internados na UTI. A população de pacientes foi composta por todos internados na UTI entre os meses de julho a dezembro de 2018 (N=367). A amostra final totalizou 233 enfermos, sendo elegíveis pacientes com 18 anos ou mais de ambos os sexos, e internação superior a 24 horas, uma vez que este intervalo de tempo possibilita a mensuração do *Score* de gravidade APACHE II. Foram considerados inelegíveis pacientes internados em estado terminal.

Assim, a amostra foi selecionada de forma não probabilística e intencional, pois na UTI são detectadas características típicas, representativas, encontradas de maneira uniforme na população. Nesta amostragem, não há métodos randômicos. De forma intencional, é baseada no conhecimento sobre a população e o propósito do estudo (POLIT; BECK, 2018).

Quanto a equipe multidisciplinar, foi composta por toda população de médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, fisioterapeuta - equipe mínima para atuação exclusiva na UTI (BRASIL, 2010), mais outros profissionais assistenciais (fonoaudiólogo, nutricionista e psicólogo do hospital) que trabalham no cenário da pesquisa e participaram da visita multidisciplinar (N=110). Esta unidade apresenta um quadro profissional total de 16 enfermeiros, 57 técnicos de enfermagem, 16 fisioterapeutas, 16 médicos que se distribuem em diaristas e plantonistas, 2 fonoaudiólogas, um nutricionista e dois psicólogos. Foram inelegíveis profissionais que estiveram em licença ou período de férias durante o tempo de coleta e profissionais de outros setores que faziam cobertura do quadro de trabalhadores em um turno. A mostra final foi de 91 profissionais.

3.4 Variáveis do estudo

As fontes de dados das variáveis estudadas foram os prontuários dos pacientes internados na UTI, bem como instrumentos de coletas de dados utilizados. O quadro 1 detalha a descrição das variáveis escolhidas pela pesquisadora para coleta dos dados de identificação e clínicos do paciente.

Quadro 1 – Descrição das variáveis do estudo. Teresina/PI, 2019.

Variável	Descrição	Categoria	Classificação
Variáveis independentes			
Gênero	Gênero	Masculino / Feminino	Categórica nominal

Quadro 1 (cont.) – Descrição das variáveis do estudo. Teresina/PI, 2019.

Variável	Descrição	Categoria	Classificação
Variáveis independentes			
Idade	Em anos	Considerado pela data de nascimento	Numérica contínua
Procedência	Unidade de procedência do paciente	Enfermaria / Centro cirúrgico /Outro hospital	Catégorica nominal
Condição de Alta	Saída UTI	Enfermaria / Transferência /Óbito	Catégorica nominal
Motivo de internação	Definido no prontuário	Afecções neurológicas /Afecções cardiovasculares / Afecções pulmonares / Afecções Gastrointestinais /Afecções endócrinas e metabólicas /Afecções ortopédicas /Afecções hematológicas Neoplasias /Cirurgias exploratórias	Catégorica nominal
Diabetes Mellitus	Apresenta Diabetes Mellitus	Sim /Não	Catégorica nominal
Hipertensão Arterial	Apresenta Hipertensão Arterial	Sim /Não	Catégorica nominal
Doença crônica	Outro tipo de doença crônica (renal, hepatopatias, degenerativas)	Sim /Não	Catégorica nominal
Lesão por pressão	Presença de lesão por pressão durante a internação na UTI.	Desenvolveu /Não desenvolveu Admissão e saída com LPP	Catégorica nominal
Agravo	Condição de agravamento do estado de saúde (Sepse, pneumonia, insuficiência de algum órgão)	Sim /Não	Catégorica nominal
Variável	Descrição	Categoria	Classificação
Variáveis independentes			
APACHE	Valor numérico do score APACHE II	-	Numérica contínua
Mortalidade prevista	Em porcentagem, a partir do score APACHE II	-	Numérica contínua
Tempo de permanência na UTI	Em dias	-	Numérica contínua
Preenchimento do checklist	Preenchimento dos itens das listas de verificações	Porcentagens	Numérica contínua
Porcentagem de preenchimento do plano terapêutico	Por cada profissional	Porcentagens	Numérica contínua
Variáveis dependentes			
Indicadores de qualidade			
Tempo médio de internação na UTI	Soma do tempo de permanência na UTI, para todas as saídas, dividido pelo nº total de saídas da UTI (incluído óbitos e transferências) (PROQUALIS, 2013).	-	Numérica contínua

Quadro 1 (cont.) – Descrição das variáveis do estudo. Teresina/PI, 2019.

Variável	Descrição	Categoria	Classificação
Variáveis dependentes			
Indicadores de qualidade			
Taxa de mortalidade UTI	Nº total de óbitos de internados na UTI, dividido pelo nº total de saídas (incluído óbitos e transferências) (PROQUALIS, 2013).	Porcentagens	Numérica contínua
Densidade de incidência de pneumonia associada a ventilação mecânica	Nº de episódios de pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV) em internados em UTI pelo número de pacientes em ventilação mecânica (VM)-dia, vezes por 1000 (PROQUALIS, 2013).	-	Numérica contínua
Densidade de incidência de infecção primária da corrente sanguínea associada a cateter central: laboratorial	Nº de casos novos de infecção primária de corrente sanguínea (IPCS), em pacientes em uso de cateter venoso central (CVC), internados em unidades terapias intensivas (UTI) vezes 1000 (PROQUALIS, 2013).	-	Numérica contínua
Densidade de incidência de infecções do trato urinário associadas a sonda vesical de demora	Nº de casos novos de infecção do trato urinário (ITU), em pacientes em uso de sonda vesical de demora(SVD), internados UTI vezes 1000 (PROQUALIS, 2013).	-	Numérica contínua

Fonte: própria, 2019.

As demais variáveis de outros instrumentos utilizados serão apresentados no item 3.5.

A coleta das variáveis clínicas dos pacientes se deu a partir de um censo diário no setor preenchido por enfermeiros, no qual foi possível verificar elegibilidade dos pacientes admitidos na UTI. Os pacientes em estado terminal eram identificados no censo ou prontuário e assim classificados como inelegíveis.

Desta maneira, foram coletadas entre os meses de execução da visita multiprofissional (outubro-dezembro) e foram consultadas a partir do prontuário físico e eletrônico. As variáveis dos pacientes admitidos entre julho a setembro formaram o grupo comparação e o grupo intervenção constituíram os pacientes admitidos nos meses da execução, entre outubro a dezembro.

Apesar do APACHE II ser um *score* com espaço reservado no prontuário dos pacientes, esse não é calculado pelos profissionais do setor, e por este motivo, foram calculados separadamente pela pesquisadora o *score* de todos 233 participantes elegíveis.

Os indicadores de segurança do paciente, por sua vez, foram fornecidos pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), essa contém tanto os dados brutos quanto os indicadores calculados.

3.5 Instrumentos para coleta de dados

Foram utilizados os seguintes instrumentos para a coleta de dados:

3.5.1 Formulário para coleta dos dados de identificação e clínicos do paciente (APÊNDICE A):

Criado para o preenchimento do pesquisador com informações contidas nos prontuários (físico e eletrônico), apresenta espaços para características dos pacientes, como idade, gênero, dados clínicos como unidade de procedência, condição de saída, diagnóstico clínico, comorbidades (Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial, outros), desenvolvimento de lesão por pressão, presença de agravos de saúde (sepsis, pneumonia, insuficiência de órgão), valor do APACHE II das primeiras 24 horas, e tempo de permanência.

3.5.2 Checklist para visita multiprofissional (APÊNDICE B):

O instrumento criado foi baseado no checklist proposto por Caldeira Filho, Westphal (2013), o “COM SUSPEITA PARA O BEM” e o “FAST HUG” (VICENT, 2005), utilizados pela equipe multiprofissional para avaliação dos pacientes internados na UTI, com o intuito de facilitar e uniformizar a abordagem e inserção dos profissionais durante a visita. Os itens foram organizados em tópicos: sedo-analgesia, suporte ventilatório, atenção nutricional e cognição, prevenção de infecção e LPP, e atenção farmacológica e psicológica. Cada item apresenta-se exposto como pergunta em que é designado um espaço de acordo com a data, para assinalar (S) em caso de “sim”, (N) em caso de “não” e (NA) em caso de não se aplica. No verso da folha, havia um espaço para que os profissionais escrevessem qual plano diário terapêutico seria definido a partir das condições que foram avaliadas do paciente. O espaço é organizado com três colunas, sendo possível utilizar

uma folha para três dias e possível consultar dias anteriores. Esta folha foi incluída no prontuário do paciente para consulta e preenchimento de todos profissionais durante a visita multiprofissional e outros momentos.

3.5.3 Questionário sobre opinião dos profissionais sobre o uso do *checklist* (APÊNDICE C):

O questionário auto preenchido foi elaborado aos profissionais que participaram das rodadas de visitas e teve o intuito avaliar a opinião sobre uso do *checklist*. Constituído por seis questões objetivas sobre característica do profissional, quatorze afirmativas com respostas em escala de *Likert* contendo cinco categorias ordinais: 1- discordo totalmente, 2 – discordo, 3 – não concordo nem discordo, 4 – concordo e 5 – concordo totalmente e uma questão aberta para justificativa ou sugestão.

As afirmativas referiam-se a participação do profissional durante a visita, preenchimento do *checklist*, necessidade de alteração no formato ou da dinâmica da visita, contribuição para aumento da compreensão do profissional sobre o quadro clínico apresentado pelo paciente, se resultou de forma positiva na comunicação multiprofissional, se o profissional considerou a comunicação ideal entre os membros da equipe de profissionais na UTI, e se caso de discordância, quais as sugestões para aprimorá-la.

3.5.4 Questionário sobre Segurança do Paciente em Hospitais (HSOPSC) (ANEXO A):

Criado pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) dos Estados Unidos em 2004, possibilita avaliar a cultura de segurança a nível individual, por unidade ou do hospital como um todo. Ele oportuniza diversos usos: identificar áreas cuja cultura necessita melhorias; avaliar a efetividade de ações implementadas para melhoria da segurança ao longo do tempo; priorizar esforços de fortalecimento da cultura, identificando suas fragilidades. Ele é um instrumento validado e traduzido ao contexto brasileiro, confiável, eficiente e um dos instrumentos mais utilizados mundialmente para mensurar cultura de segurança do paciente (ANDRADE *et al.*, 2017).

O questionário consiste em 42 questões dentro de 12 dimensões e três níveis, conforme citado por Sorra *et al.* (2016).

Quadro 2 - Dimensões e níveis avaliados pelo *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. Teresina/PI, 2019.

DIMENSÕES DA CULTURA DE SEGURANÇA	DEFINIÇÕES
Nível unidade de trabalho	
Trabalho em equipe no âmbito das unidades	Os profissionais apoiam-se um ao outro com respeito e trabalham juntos como uma equipe.
Expectativas e ações de promoção da segurança dos supervisores e gerentes	O supervisor/gerente considera as sugestões da equipe para melhoria da segurança do paciente, elogia a equipe que segue os procedimentos corretamente e não negligencia problemas de segurança do paciente.
Aprendizado organizacional - melhoria contínua	Erros levam a mudanças punitivas e são avaliadas para sua eficácia.
Feedback e comunicação a respeito de erros	Os trabalhadores são informados sobre os erros que acontecem, são dados retorno sobre as mudanças implantadas e discutidos maneiras de prevenir erros.
Abertura para as comunicações	A equipe fala livremente se vir algo que possa afetar negativamente o paciente e sinta-se à vontade para questionar com seu supervisor.
Pessoal	Há número suficiente de trabalhadores para lidar com a carga de trabalho e o trabalho as horas são apropriadas para fornecer o melhor atendimento aos pacientes.
Respostas não punitivas aos erros	Os trabalhadores sentem que seus erros e os eventos reportados não são usados contra eles e que não são mantidos em suas fichas funcionais.
Nível organização hospitalar	
Apoio da gestão hospitalar	A gestão hospitalar oferece um clima de trabalho que promove a segurança do paciente e demonstra que a segurança do paciente é a prioridade.
Trabalho em equipe pelas unidades hospitalares	As unidades do hospital cooperam e se coordenam uma com as outras para oferecer o melhor atendimento para o paciente.
Transferências internas e passagens de plantão	Informações importantes sobre cuidados ao paciente são transmitidas entre as unidades do hospital e durante as mudanças de turno.
Nível de resultado	
Percepções generalizadas sobre segurança	Os procedimentos e sistemas existentes na organização são bons para prevenir erros e não há problemas quanto à segurança do paciente.
Frequência de eventos relatados	Erros percebidos e corrigidos antes de afetar o paciente; Erros sem potencial de prejudicar o paciente; Erros que poderiam causar, mas que não causaram danos ao paciente;

Fonte: Sorra *et al.* (2016).

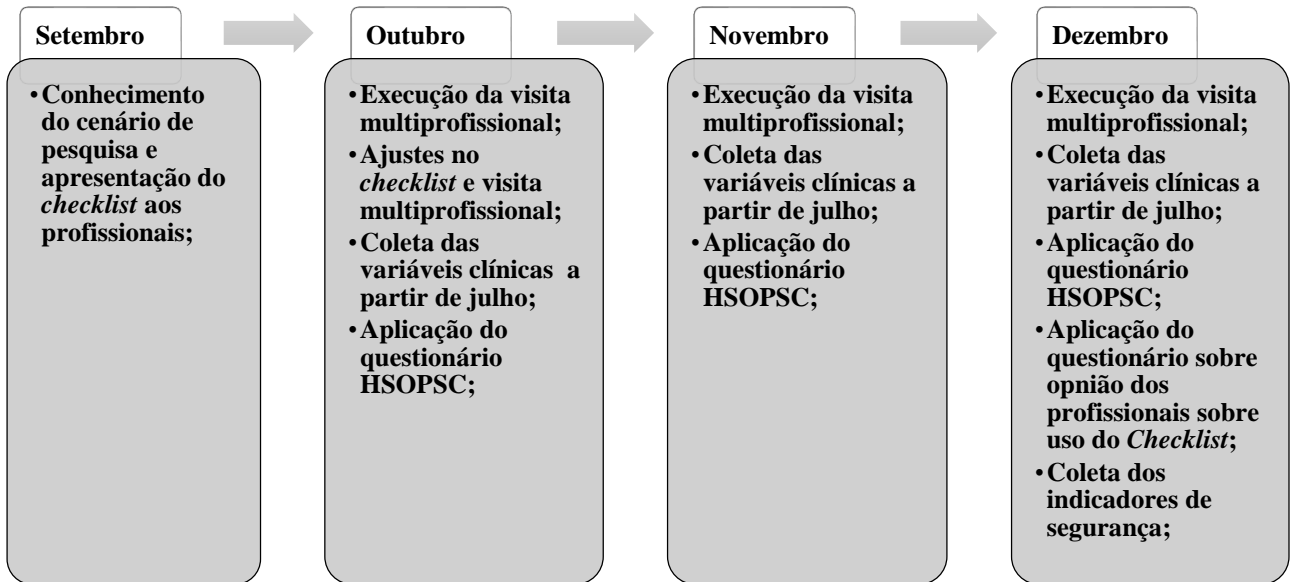
As respostas do HSOPSC são codificadas por meio da escala de Likert de cinco pontos (concordância: discordo totalmente, discordo, não concordo nem discordo, concordo, concordo totalmente; frequência: nunca, quase nunca, às vezes, quase sempre, sempre) (SORRA *et al.*, 2016).

É válido ressaltar que o intuito deste instrumento nesta pesquisa foi de identificar áreas cuja cultura de segurança necessita melhorias, em especial as que tratam-se de comunicação.

3.6 Procedimentos para coleta de dados

A execução do procedimento de coleta de dados ocorreu entre os meses de outubro a dezembro de 2018. A figura 1 apresenta as fases percorridas para melhor elucidar.

Figura 1. Apresentação das fases percorridas por meses de coleta de dados. Teresina/2019.



Fonte: própria, 2019.

3.6.1 Conhecimento do cenário de pesquisa e apresentação do *checklist* aos profissionais

No mês que antecedeu a pesquisa, foram realizadas visitas prévias com o objetivo de conhecer o cenário de estudo, consultar os profissionais envolvidos e aperfeiçoar os instrumentos. O *checklist* elaborado a partir da literatura foi apresentado e aperfeiçoado por meio da avaliação da coordenação da unidade e dos profissionais de cada categoria. Foram analisados a estrutura visual, a ordem de apresentação, operacionalidade e sugerido novos itens se necessário, uma vez que *checklists* precisam estar adequados as necessidades específicas de cada unidade (HALLAM *et al.*, 2018).

Os profissionais foram abordados em intervalos durante seu turno de trabalho, entregue uma folha do *checklist* para análise. Foi necessário o contato prévio e participação da equipe multidisciplinar na elaboração do instrumento, uma vez que seria uma atividade nova a ser implementada na rotina do setor.

De acordo com sugestões, os itens foram dispostos de modo céfalocaudal, consultar

apêndice B. As inclusões sugeridas aconteceram no item de quantidade de secreção de vias aéreas no domínio de suporte ventilatório, no domínio de atenção nutricional foi adicionado aspectos de cognição (disfagia, comunicação presente e déficit de linguagem), pois o profissional de fonoaudiologia e nutrição fazem parte da equipe multiprofissional, bem como o psicólogo e assim acrescido o domínio de atenção psicológica com itens de necessidade de assistência psicológica, enfrentamento adequado e compreensão adequada do paciente e familiar.

3.6.2 Execução da visita multiprofissional

Em conformidade com as atividades e disponibilidades dos profissionais do setor ficou decidido que a visita multiprofissional aconteceria no período da tarde, por volta das 16 horas, porém com flexibilidade do horário devido possíveis atividades imprevistas e em casos como esses os profissionais avisariam uns aos outros. A visita aconteceria beira leito com todos profissionais e no caso dos leitos de isolamento seria discutido fora do quarto.

A visita iniciava com a identificação e breve evolução clínica do paciente com a condução do *checklist* pelo médico diarista, os demais profissionais participavam da discussão ao longo da atividade. Ao final de cada paciente, os profissionais preenchiam os espaços referente ao plano terapêutico. Foi sugerido pela pesquisadora aos envolvidos que outros profissionais pudessem guiar a visita multiprofissional na ausência do médico diarista.

A disposição de profissionais durante a tarde é de dois enfermeiros, dois fisioterapeutas, um médico plantonista, um médico diarista, sete técnicos de enfermagem atribuídos para dois ou três pacientes; um fonoaudiólogo, e um nutricionista e um psicólogo que não permanecem durante todo o turno. A frequência da atividade acordada foi de segunda a sexta-feira, uma vez que no final de semana o quadro profissional é reduzido e trabalham somente médicos plantonistas. E os técnicos de enfermagem como equipe de enfermagem foram incentivados a participar das visitas nos pacientes aos quais fossem atribuídos.

A execução iniciou dia primeiro de outubro e se estendeu até dia 31 de dezembro. Diariamente a pesquisadora fez o registro fotográfico do *checklist* preenchido, repôs cópias quando necessário, observou a dinâmica, participação da visita, e sanou possíveis dúvidas pelos profissionais, posto que aconteciam rodízio entre alguns profissionais como fonoaudiólogos e era necessário esclarecer a prática.

3.6.3 Ajustes no *checklist* e visita multiprofissional

Durante as duas primeiras semanas (outubro) de execução da visita multiprofissional, ajustes no *checklist* foram feitos, consultar apêndice B, como a retirada do item de interação medicamentosa do domínio de atenção farmacológica, pois o farmacêutico não se integra a equipe e os profissionais não estavam respondendo.

3.6.4 Coletas das variáveis clínicas dos pacientes

A coleta das variáveis clínicas dos pacientes ocorreu entre os meses de execução da visita multiprofissional, ou seja, entre outubro a dezembro. Neste período, foi coletado retrospectivamente os dados de pacientes admitidos entre os meses de julho a setembro, os quais formaram o grupo comparação. E prospectivamente foram coletados os dados clínicos dos pacientes nos meses da execução.

3.6.5 Aplicação do questionário HSOPSC aos profissionais

O questionário foi fornecido e explicado aos profissionais juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para todos os turnos de trabalho (manhã, tarde e noite) e recebimento ao final do expediente. É válido ressaltar que o intuito dos resultados deste instrumento foi de identificar áreas cuja cultura de segurança necessitassem melhorias, em especial as que tratavam-se de comunicação, por este motivo foi aplicado no período da implementação da visita multiprofissional.

Alguns profissionais entregaram preenchido ao final do expediente, outros levaram para casa e combinavam um outro dia para entregar. Quando recebidos eram dispostos em pastas diferentes para não identificação dos participantes. Aos profissionais que tiveram dificuldade em devolver ou perderam o questionário, foi enviado um modelo em formato questionário *google* para facilitar preenchimento e TCLE entregue digitalizado.

3.6.6 Aplicação do questionário sobre opinião dos profissionais sobre o uso do checklist

Nas duas últimas semanas do mês de dezembro, foi entregue durante o turno de trabalho aos profissionais que participaram das visitas multiprofissionais, turno da tarde, e entregue preenchido no mesmo turno. Não foi entregue a categoria de técnicos de enfermagem, uma vez que

não aderiram a atividade com justificativa que aconteciam concomitante a procedimentos assistenciais.

3.6.7 Coleta dos indicadores de segurança

Os indicadores de segurança do paciente foram fornecidos pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), essa contém tanto os dados brutos quanto os indicadores calculados.

3.7 Análises de dados

Os dados foram digitados, com dupla entrada no programa Microsoft Excel, Versão 2017, digitados e corrigidos erros, seguido da importação para o programa *Statistical Package for the Social Sciences - SPSS for Windows*, versão 25.0. Foram analisados de forma descritiva, por meio de frequência absoluta e relativa (%), a percentagem e as medidas de tendência central, principalmente a mediana, dimensionaram as características da população em estudo.

Deste modo, o desfecho primário (a variável dependente) medido foram os indicadores de segurança do paciente apresentados no quadro 1. E os desfechos secundários foram os dados clínicos dos pacientes, porcentagem do preenchimento do *checklist*, a opinião dos profissionais e as dimensões da cultura de segurança do paciente.

Os dados do HSOPSC, foram importados e analisados pela ferramenta Hospital Survey Excel Tool 1.8, disponibilizado pela própria AHRQ, assim, o cálculo das frequências se deu mediante a seguinte fórmula: número de respostas positivas/negativas/neutras da dimensão X 100/número total de respostas aos itens da dimensão.

Foram identificados como fortes os itens e dimensões com $\geq 75\%$ de respostas positivas para questões positivas, $\geq 75\%$ de respostas negativas às perguntas feitas de forma negativa. E fragilidades e oportunidades de melhorias com $\geq 50\%$ de respostas negativas para questões positivas e $\geq 50\%$ de respostas positivas às perguntas feitas de forma negativa. Os resultados estão representados em tabelas de distribuição de frequências e gráficos (SORRA *et al.*, 2016). A mesma análise foi utilizada para o instrumento da opinião dos profissionais sobre o uso do *checklist*, em que foram analisados 364 unidades preenchidas.

Para manter a identidade dos profissionais que fizeram sugestões sobre o uso do *checklist*,

cada um foi identificado por uma letra para a apresentação nos resultados.

Na comparação de variáveis qualitativas e quantitativas de avaliações clínicas com o grupo em estudo, aplicou-se o teste de Qui-Quadrado e t de Student, respectivamente. Para todos os testes estatísticos aplicados o nível de significância foi de 5%. O teste do Qui-Quadrado é um teste de hipóteses em que o princípio básico deste é comparar proporções, ou seja, possíveis divergências entre as frequências observadas e esperadas para um certo evento, como em uma tabela de contingência. O teste t do Student, por sua vez, é um teste paramétrico usado para verificar se existe uma diferença significativa entre as médias (POLIT; BECK, 2018).

3.8 Aspectos éticos e legais da pesquisa

A coleta de dados ocorreu após autorização institucional do hospital e a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética, número do parecer: 3.000.763. O projeto obedeceu a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), a qual discorre sobre projetos de pesquisa com seres humanos, devendo ser apreciados em seus preceitos éticos por Comissões de Ética em Pesquisa (CEP). A participação dos integrantes do estudo foi voluntária e resguardados o direito ao consentimento livre e esclarecido, à autodeterminação, ao total esclarecimento a respeito da natureza do estudo, além do direito a recusar-se ou desvincular-se da pesquisa em qualquer momento, sem que lhe seja atribuído algum prejuízo.

Os participantes foram esclarecidos quanto à finalidade da pesquisa e a possibilidade de desistir do estudo a qualquer momento, sem que isso lhes ocasionasse prejuízo. Também houve garantia do anonimato, e que os documentos provenientes da pesquisa seriam mantidos em sigilo. Cada termo foi preenchido em duas vias de igual conteúdo, de modo a permanecer uma cópia com o pesquisador e outra com o participante da pesquisa. Comprometeu-se ainda a manter a confidencialidade sobre os dados coletados nos prontuários (APÊNCIDE E), bem como a privacidade de seus conteúdos (BRASIL, 2012).

Quanto as características da pesquisa, os riscos foram mínimos e se relacionavam ao constrangimento do participante em responder algumas das perguntas que compõem o instrumento de coleta de dados. Mas, houve cuidado com todas as informações coletadas, de modo a guardá-las em local seguro e impossibilitar que pessoas não ligadas à pesquisa tenha acesso as mesmas. Ademais, dados incompletos nos prontuários dos pacientes dificultou a coleta. Os benefícios

indiretos por meio da colaboração com a instituição, são a promoção de uma comunicação mais eficiente de modo a favorecer a melhoria da assistência, centrada e segura ao paciente, bem como empoderamento do conhecimento dos profissionais sobre a situação clínica do paciente.

4 RESULTADOS

A seguir, são apresentados os resultados estruturados nas seguintes partes: Cultura de segurança do paciente na UTI; percentual de preenchimento do *checklist*; opinião dos profissionais sobre o uso do *checklist*; comparação dos dados clínicos dos pacientes e indicadores de segurança antes (grupo comparação) e durante (grupo intervenção) a implementação da visita multiprofissional.

4.1 Cultura de segurança do paciente na UTI

A tabela 1 apresenta a caracterização dos profissionais participantes da pesquisa. Dos 110 profissionais, foram respondidos 91 questionários, ou seja, 83% dos participantes.

Tabela 1 – Caracterização dos profissionais da UTI. Teresina/PI, 2019.

Gênero (Item: H4)	N	%
Feminino	61	67%
Masculino	30	33%
Idade - anos(Item: H8)	N	%
21 a 30	13	14,7%
31 a 40	49	53,9%
41 a 50	22	24,2%
51 a 60	3	2,2%
60 ou mais	1	1,1%
Grau de instrução (Item: H7)	N	%
Ensino médio completo	7	7,8%
Ensino superior incompleto	7	7,8%
Ensino superior completo	14	15,7%
Pós-Graduação <i>Lato Sensu</i> – Especialização/Residência	47	52,8%
Pós-Graduação <i>Stricto Sensu</i> – Mestrado ou doutorado	14	15,7%
Categoria profissional (Item: H4)	N	%
Técnicos de enfermagem	44	48,3%
Médicos	16	17,5%
Fisioterapeutas	12	13,1%
Enfermeiros	12	13,1%
Fonoaudiólogos	4	4,3%
Psicólogos	2	2,1%
Nutricionista	1	1%

Tabela 1 (cont.) – Caracterização dos profissionais da UTI. Teresina/PI, 2019

Tempo que trabalha no hospital - anos (Item: H1)	N	%
Menos de 1	3	3%
1 e 5	86	95%
6 e 10	2	2%
Horas trabalhadas por semana (Item: H3)	N	%
20 e 39	83	91%
40 e 59	5	5%
60 e 79	2	2%
100 ou mais	1	1%
Tempo trabalhado na especialidade de UTI - anos (item: H6)	N	%
1 e 5	14	16%
6 e 10	33	39%
11 e 15	25	29%
16 e 20	8	9%
21 ou mais	5	6%

Fonte: própria, 2019.

Em geral, a maioria eram mulheres, entre 31 a 40 anos, com especialidade/residência, da categoria de técnicos de enfermagem, com 1 a 5 anos de trabalho no hospital e 6 a 10 anos com experiência em UTI e carga horária semanal de trabalho entre 20 e 39 horas. Destaca-se que apesar da maior parte dos profissionais serem do cargo técnico, a maioria possui pós-graduação.

A tabela 2 categoriza a nota de segurança do paciente avaliada pelos profissionais e o número de eventos notificados nos últimos 12 meses em porcentagem.

Tabela 2 – Nota de segurança do paciente atribuída e número de eventos de segurança notificados e pelos profissionais da UTI. Teresina/PI, 2019.

Nota de segurança do paciente	Porcentagem
Excelente	6%
Muito boa	45%
Regular	46%
Ruim	4%
Muito Ruim	-
-Ausência de resposta	9%
Número de eventos notificados nos últimos 12 meses	Porcentagem
Nenhuma	64%
1 a 2	21%
3 a 5	10%
6 a 10	2%
11 a 20	1%
21 ou mais	1%
-Ausência de resposta	1%

Fonte: Própria, 2019.

O resultado evidencia que a maioria dos profissionais avaliam a segurança do paciente como regular, mesmo que a diferença seja de 1% para nota “muito boa”, segunda mais pontuada. Nesse sentido, julgam que a UTI não oferece condições seguras para o paciente. Ainda, mais de 64% refere não ter relatado nenhum evento nos últimos 12 meses, ou seja, nenhum tipo de incidente ocorrido em um ano.

A tabela 3 expõe a porcentagem de respostas positivas das doze dimensões de cultura de segurança pelos profissionais. São apresentados também os itens das dimensões relacionadas a comunicação.

Tabela 3 - Análise de respostas positivas da cultura de segurança dos profissionais da UTI (N=91) a partir do HSOPSC. Teresina/PI, 2019.

Itens das dimensões de cultura	Porcentagem de respostas positivas
Expectativas e ações de promoção da segurança dos supervisores e gerentes	77%
Trabalho em equipe no âmbito das unidades	73%
Aprendizado organizacional - melhoria contínua	65%
Abertura para as comunicações	64%
Os profissionais têm liberdade para se expressar ao observarem algo que pode afetar negativamente o cuidado ao paciente	79%
Os profissionais têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo	61%
Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações de seus superiores	53%
Feedback e comunicação a respeito de erros	55%
Nesta unidade, discutimos maneiras de prevenir erros a fim de evitar que eles se repitam	60%
Somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade	55%
Somos informados sobre mudanças implementadas em decorrência de notificação de eventos	49%
Pessoal	52%
Apoio da gestão hospitalar	45%
Transferências internas e passagens de plantão	42%
Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes	55%
É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado com o paciente durante as mudanças de plantão ou de turno	44%
Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital	34%
O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido para outros setores do hospital	33%
Percepções generalizadas sobre segurança	40%

Tabela 3 (cont.)- Análise de respostas positivas da cultura de segurança dos profissionais da UTI (N=91) a partir do HSOPSC. Teresina/PI, 2019.

Itens das dimensões de cultura	Porcentagem de respostas positivas
Frequência de eventos relatados	39%
Trabalho em equipe pelas unidades hospitalares	39%
Respostas não punitivas aos erros	18%
Quando um evento é notificado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema	29%
Os profissionais temem que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais	16%
Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles	10%

Fonte: própria, 2019.

Com base nas respostas dos profissionais da equipe do estudo, evidencia como área forte (percentual $\geq 75\%$) apenas a dimensão “expectativas e ações do gestor / promoção da segurança do paciente pela gestão”. Neste sentido, julgam que o gerente considera as sugestões da equipe para melhoria da segurança do paciente, não negligencia problemas sobre segurança e elogia a equipe que segue os procedimentos corretamente. O item, “Os profissionais têm liberdade para se expressar ao observarem algo que pode afetar negativamente o cuidado ao paciente”, da dimensão abertura para as comunicações foi o único que se apresentou como área forte.

No entanto, seis dimensões evidenciaram áreas de fragilidades ou oportunidades de melhorias (percentual $< 75\%$): “apoio da gestão hospitalar”, que diz que a unidade não oferece um clima de trabalho que promove ou prioriza a segurança do paciente. Sobre “percepções generalizadas da segurança”, diz respeito que os procedimentos e atividades na organização não são efetivos na prevenção e existem problemas quanto à segurança, isso corrobora com a nota de segurança atribuída pela maior parte dos profissionais. E acerca de “trabalho em equipe entre unidades”, é revelado pela maioria que as unidades do hospital não cooperam entre si para oferecer o melhor cuidado ao paciente.

A respeito da dimensão “transferências e passagem de plantão”, menos da metade dos profissionais julgam que informações importantes sobre cuidados ao paciente são transmitidas de forma efetiva. Assim, que é comum a perda ou problemas na troca de informações essencialia sobre o paciente durante o turno ou passagem de plantão, bem como que o cuidado é comprometido quando um paciente é transferido para outros setores do hospital.

A dimensão “resposta não punitiva ao erro” recebeu menor porcentagem de resposta positiva, inclusive os itens dessa dimensão. O baixo percentual condiz com o resultado da tabela

2, em que a maioria dos profissionais não relataram eventos adversos em um ano, quer dizer, muitos acreditam que os erros podem recair sobre a pessoa e que podem ser usados contra eles. Em concordância a dimensão “frequência de eventos relatados” apresenta-se como fragilidade.

“*Feedback* e comunicação a respeito de erros” foi a dimensão que apresentou apenas um item com fragilidade, em que mais da metade considera que não são informados sobre mudanças implementadas em decorrência da notificação de eventos.

As demais dimensões e itens das dimensões relacionadas a comunicação que não atingiram respostas positivas entre 50-75% também devem ser trabalhadas pela gestão da unidade para melhoria, afim de se tornarem dimensões de força.

A partir dos resultados dessa tabela, é notório que cultura de segurança neste setor é fragilizada, em especial no que diz respeito a dimensões relacionadas a comunicação. É preciso levantar possíveis estratégias para mudar este cenário.

4.2 Percentual de preenchimento do *checklist*

A tabela 4 apresenta o percentual de preenchimento dos itens do *checklist*: itens objetivos (dados de identificação do paciente e sobre a situação clínica do paciente) e o plano terapêutico com espaços para registro de cada profissional. Foram analisados 364 *checklists* oriundos de 96 pacientes diferentes.

Tabela 4 - Percentual de preenchimento do *checklist*. Teresina/PI, 2019.

Fatores analisados	Percentagem (%)
Itens objetivos	81,6%
Plano Terapêutico (PT)	45,7%
PT Médico	94,3%
PT Fonoaudiólogo	57,9%
PT Nutricionista	50,4%
PT Enfermeiro	28,5%
PT Fisioterapeuta	22,9%
PT Psicólogo	21,8%

Fonte: própria, 2019.

Na primeira lauda do instrumento, ao qual apresenta dados de identificação: nome do paciente, leito, diagnóstico, data e dia de internação hospitalar (DIH), os espaços com menos informação foram DIH. Quanto aos demais itens, em sua maioria não foram registrados os espaços para completar nome de antibiótico e sedativo, se em uso. Por este motivo, seria necessário rever

a necessidade de retirar essas informações do instrumento, visto que já se encontram em outros documentos no prontuário. Em algumas listas verificadas, um domínio inteiro não estava assinalado (exemplo: atenção psicológica, prevenção de infecção e LPP), por ausência do profissional especialista na discussão. E por vezes, quando um item não se aplicava, outro encadeado a esse acabava não sendo assinalado (exemplo, a necessidade de troca de oxigenoterapia para o paciente que não está em uso).

Sobre a segunda lauda do *checklist*, os planos terapêuticos obtiveram apenas 45,7% de preenchimento em todos os campos, o que sugere pouco registro por parte dos profissionais. A categoria que mais preencheu foi a médica, uma vez que guiava o instrumento e antes de entregar a outro profissional deixava registrado. O restante dos profissionais em sua maioria deixavam para preencher ao final do turno, e acabava não dando tempo ou esqueciam, talvez por ser uma rotina nova ou não ser atividade de iniciativa do hospital.

A baixa porcentagem de registro confirma das dimensões de cultura de segurança relacionadas a comunicação, as quais não obtiveram porcentagem de repostas positivas significativas, principalmente a “transferências e passagem de plantão”. É necessário realizar intervenções para que aumente o registro dos profissionais.

Durante a implementação, a visita multiprofissional não ocorreu nos cinco dias úteis da semana, devido a atribuição de guiar ser de primeira escolha do médico diarista, e em dias que não compareceu, outros profissionais ou o médico plantonista não assumiam o papel, em alguns outros dias por muita demanda no setor. Em média ocorriam 3 dias de visita durante a semana. Em geral, todos profissionais iniciavam juntos a visita beira leito, na presença de residentes médicos, multiprofissionais e internos de medicina, no entanto, durante a atividade, profissionais se dispersavam pra atender alguma demanda do setor e alguns não conseguiam voltar a dinâmica, e assim, muitas vezes os leitos restantes permaneciam poucos profissionais.

Um fator a se considerar é que a atividade ocorria em 15 leitos, com duração em geral entre 90 a 120 minutos, e por ser um hospital escola muitas vezes as discussões se prolongavam.

4.3 Opinião dos profissionais sobre o uso do *checklist*

Ao todo, no turno da tarde vinte e um profissionais de diferentes categorias participaram das visitas multiprofissionais, dezenove responderam ao questionário. Os resultados são

apresentados na tabela 5.

Tabela 5 – Caracterização dos profissionais participantes da visita multiprofissional. Teresina/PI, 2019.

Gênero	N	(%)
Feminino	11	57,9%
Masculino	8	42,1%
Categoria Profissional	N	(%)
Médico	7	36,8%
Enfermeiro	4	21,1%
Fonoaudiólogo	4	21,1%
Fisioterapeuta	3	15,8%
Nutricionista	1	5,3%
Anos de trabalho em UTI	N	(%)
Até 5	5	27,8%
Entre 6 e 10	8	44,5%
Mais de 10	5	27,8%
Nível máximo de estudo	N	(%)
Especialista	14	73,7%
Mestre	5	26,3%

Fonte: própria, 2019.

A maioria era do gênero feminino, de categoria profissional médico, com até 5 anos de trabalho e especialistas.

Com relação a opinião dos profissionais sobre a utilização do *checklist*, são expostas as porcentagens de concordância desses profissionais com as afirmativas na tabela 6. Ainda, os espaços abertos nesse questionário destinados para justificativa ou sugestão oportunizaram os relatos os quais foram codificados cada profissional por letras para manter o sigilo do participante.

Tabela 6– Percentual de concordância das afirmativas pelos profissionais sobre a opinião do uso do *checklist*. Teresina/PI, 2019.

Afirmativas	Porcentagem de concordância das afirmativas
Os itens contidos no <i>checklist</i> são essenciais para tornar a discussão objetiva sobre o estado de saúde do paciente.	100%
É possível afirmar que a visita contribui de alguma forma para aumentar segurança do paciente na UTI.	100%
A visita contribuiu para aumentar sua compreensão sobre o quadro clínico apresentado pelo paciente.	94,5%
A visita contribuiu de forma positiva na comunicação entre os profissionais.	94,5%
Minha participação colaborou para o aumento a segurança do paciente.	94,5%
As visitas despediam de um tempo prolongado.	94,5%

Tabela 6 (cont.) – Percentual de concordância das afirmativas pelos profissionais sobre a opinião do uso do *checklist*. Teresina/PI, 2019.

Afirmativas	Porcentagem de concordância das afirmativas
A visita trouxe um resultado benéfico para o paciente.	88,9%
Existem itens desnecessários contidos no <i>checklist</i> que abordem o estado clínico do paciente.	84,2%
Os domínios contidos (sedo-analgesia, suporte ventilatório, atenção nutricional e cognição, prevenção de infecção e LPP, atenção farmacológica, atenção psicológica) no <i>checklist</i> apresentam-se em ordem adequada.	79%
Participei efetivamente das visitas multiprofissionais guiadas pelo <i>checklist</i> .	78,9%
Preenchi efetivamente os campos destinados no <i>checklist</i> e/ou plano terapêutico utilizados durante as visitas que participei.	70,6%
Hoje a comunicação entre os profissionais na UTI é eficaz.	66,7%
Existem itens não abordados no <i>checklist</i> .	63,1%
A atual dinâmica (beira leito, horário, médico diarista como orientador da visita) é adequada.	61,1%

Fonte: própria, 2019.

Em geral, as afirmativas receberam mais de 75% de concordância pelos profissionais. Sobre o item “É possível afirmar que a visita contribui de alguma forma para aumentar segurança do paciente na UTI”, justificou-se com: “A discussão leva a melhor tomada de decisões em benefício do paciente” (G). O item “A visita trouxe um resultado benéfico para o paciente.” foram alegados por: “Foram tomadas decisões que potencialmente ajudariam os pacientes” (F). “Muitos itens para a integração de toda equipe” (G). “A discussão traz informações ao grupo que as vezes estão pontualmente com um profissional” (A).

Dessa forma, fica explícito que a prática da visita multiprofissional guiada pelo instrumento trouxe melhorias para o processo de troca de informações sobre o cuidado, compreensão sobre o estado de saúde do paciente, e integração da equipe. No entanto, menos de 70% avaliou que a comunicação após o início da visita guiada pelo *checklist* ser eficaz.

O tempo prolongado durante a visita obtiveram relatos de: “As visitas tem levado entre 1h30m e 2h00 o que, às vezes, atrapalha as atividades assistenciais” (F). “Demoram na passagem do caso” (H). “Sugiro não passar de 1h e dividir as UTI para agilidade” (B). “Dividir a visita entre turnos por leitos” (N). “Rodízio entre leitos por turno” (O). “Existe dispersão na discussão do caso, prologando a visita” (I). E sugerido: “Encontrar uma maneira de reduzir o tempo” (H).

A afirmativa “A atual dinâmica é adequada” com menos de 75% de concordância também tiveram sugestões: “Podia ser metade dos leitos manhã e outra a tarde” (E). “Acho que a visita

deveria acontecer em 2 períodos: manhã e tarde, avaliando metade dos pacientes por turno para ser mais rápida” (F). *“O profissional que guia deveria ser inespecífico, pois quando o médico falta a dinâmica fica prejudicada*” (N). *“Às vezes, o médico não tem disponibilidade e inviabiliza o trabalho*” (O).

Como observado pela pesquisadora durante a execução das visitas multiprofissionais, em situações que o tempo foi prolongado, houve dispersão de profissionais ou não realização na totalidade dos leitos. Ou seja, é destacado que o exercício deve sofrer ajustes para obter melhor adesão e repercussões.

E sobre a participação efetiva nas visitas multiprofissionais, alguns profissionais relataram que: *“O fato de estar na chefia em uma unidade, algumas vezes impossibilitou minha ida e/ou permanência nas visitas por necessidade de resolver algum problema*” (F). *“Não sou exclusiva da UTI, às vezes, preciso estar na enfermaria*” (E). Ou sobre o preenchimento efetivo dos campos destinados no *checklist*, que não atingiram 75% de concordância tiveram como justificativa: *“Não sou exclusiva da UTI, então quando acaba a corrida vou para outros postos*” (E). *“Devido a correria e demanda da UTI, algumas vezes não eram preenchidos*” (I). *“Durante as visitas acompanhadas, em todas realizei registro de conduta*” (F).

Tais considerações levantadas atestam o que foi observado pela pesquisadora. Bem como o tempo, aspectos como distrações, interrupções durante a atividade, inviabilizaram a participação ou preenchimento efetivo dos profissionais, o que dificulta o sucesso desta prática.

Apesar da totalidade considerar os itens contidos no *checklist* serem essenciais: *“Acho que os principais pontos são abordados*” (F), mais de 60% pensam que há existência de itens não abordados, com apenas uma sugestão: *“Acho que a inclusão de protocolos instituídos*” (B). Para isso, se faz necessário nesta UTI, que usem outras estratégias para levantar possíveis acréscimos no instrumento que sejam compatíveis com as necessidades locais.

4.4 Comparação dos dados clínicos dos pacientes e indicadores de segurança

Para comparar o grupo controle, antes da implementação do *checklist*, e o grupo intervenção, durante a execução, utilizou-se o teste *Shapiro Wilk*, e ao verificar a suposição de normalidade dos dados, para um nível de significância de 5% se obteve evidências de que os dados não possuem distribuição normal. Entretanto, os dados em estudo são provenientes de uma amostra suficientemente grande, no qual com base no teorema do limite central, assumiu-se que o

pressuposto de que normalidade não tem interferência na análise dos resultados. Assim, a tabela 7 descreve a seguir:

Tabela 7- Comparação entre a estatística descritiva do perfil geral dos pacientes antes (grupo 1 - comparação) e durante (grupo 2 - intervenção) da implementação da visita multiprofissional. Teresina/PI, 2019.

Variáveis	Grupo	Mínimo	Máximo	25%	Mediana	75%	IQ	Média	DP	CV	Valor-p
Idade	TOTAL	18,0	102,0	49,0	62,0	72,0	23,0	59,9	17,1	28,5	0,002 ¹
	1	18,0	102,0	49,0	61,0	71,0	22,0	59,2	17,7	29,9	0,473 ²
	2	18,0	91,0	50,5	63,0	75,0	24,5	60,8	16,4	26,9	
APACHE	TOTAL	1,0	34,0	9,0	13,0	18,0	9,0	13,4	6,3	46,8	<0,001 ¹
	1	1,0	34,0	9,0	13,0	18,0	9,0	13,9	6,3	45,4	0,250 ²
	2	2,0	30,0	9,0	12,0	17,0	8,0	12,9	6,2	48,4	
Mortalidade e Prevista (%)	TOTAL	1,1	82,6	6,1	10,9	28,5	22,4	18,8	17,6	93,9	<0,001 ¹
	1	1,1	82,6	6,1	12,6	29,0	22,9	19,8	18,1	91,2	0,337 ²
	2	1,1	81,2	5,9	9,6	27,7	21,8	17,6	17,1	97,4	
Tempo na UTI	TOTAL	2,0	64,0	3,0	4,0	7,0	4,0	6,7	7,4	111,0	<0,001 ²
	1	2,0	37,0	3,0	4,0	8,0	5,0	7,0	6,9	98,2	0,492 ²
	2	2,0	64,0	2,0	4,0	7,0	5,0	6,4	7,9	123,0	

Fonte: própria, 2019.

Nota: IQ: Intervalo Interquartilico DP: Desvio Padrão CV: Coeficiente de Variação.

¹ Resultado do teste de Shapiro Wilk para verificar a normalidade dos dados.

² Resultado do Teste T de Student.

A mediana da idade dos pacientes foi de 62 anos. O valor do APACHE II mediano foi de 13, com mortalidade prevista mediana de 10,9 e tempo de UTI de 4 dias.

Ao aplicar teste t de *Student*, para um nível de significância de 5%, não apresenta-se evidências de diferença estatística entre as características gerais dos pacientes com os grupos em estudo, portanto os grupo não heterólogos entre si.

A tabela 8 apresenta a associação de características gerais dos pacientes por grupo. Ao aplicar o teste qui-quadrado (X^2), para um nível de significância de 5%, não temos evidências de diferença estatística entre as características gerais dos pacientes com os grupos em estudo.

Tabela 8– Associação de características gerais dos pacientes antes (grupo 1-comparação) e durante (grupo 2- intervenção) da implementação da visita multiprofissional. Teresina/PI, 2019.

Característica do paciente		Grupo		Valor-p	
		Total	1		2
Gênero	Masculino	50,2% (n= 117)	44,8% (n=56)	56,4% (n=61)	0,07
	Feminino	49,7% (n=116)	55,2% (n=69)	43,5% (n=47)	
Faixa	Até 60 anos	45,4% (n=106)	48,0% (n=60)	42,5% (n=46)	0,40
	Acima de 60 anos	54,5% (n=127)	52,0% (n=65)	57,4% (n=62)	

Tabela 8 (cont.) – Associação de características gerais dos pacientes antes (grupo 1-comparação) e durante (grupo 2- intervenção) da implementação da visita multiprofissional. Teresina/PI, 2019.

Característica do paciente	Total	Grupo		Valor-p
		1	2	
Procedência*				
CC	46,5% (n=108)	42,4% (n=53)	51,4% (n=55)	
Enfermaria	32,3% (n=75)	32,0% (n=40)	32,7% (n=35)	
Outro Hospital	18,1% (n=42)	22,4% (n=28)	13,0% (n=14)	0,25
Hemodinâmica	2,5% (n=6)	3,2% (n=4)	1,8% (n=2)	
Estabilização	0,4% (n=1)	-	0,9% (n=1)	
Especialidade Médica*				
Afecções Cardiovasculares	47,8% (n= 111)	52,0% (n=65)	42,9% (n=46)	
Afecções ortopédicas	8,6% (n= 20)	7,2% (n=9)	10,2% (n=11)	
Afecções Pulmonares	7,7% (n= 18)	7,2% (n=9)	8,4% (n=9)	
Afecções Gastrointestinais	7,7% (n= 18)	6,4% (n=8)	9,3% (n=10)	
Afecções hematológicas	7,3% (n=17)	4,0% (n=5)	11,2% (n=12)	0,10
Afecções endócrinas metabólicas	6,4% (n=15)	8,8% (n=11)	3,7% (n=4)	
Neoplasias	6,4% (n=15)	7,2% (n=9)	5,6% (n=6)	
Cirurgias exploratórias	5,1% (n=12)	6,4% (n=8)	3,7% (n=4)	
Afecções Neurológicas	2,5% (n= 6)	0,8% (n=1)	4,6% (n=5)	
Desfecho				
Enfermaria	71,6% (n=167)	76,8% (n=96)	65,7% (n=71)	
Óbito	27,0% (n=63)	22,4% (n=28)	32,4% (n=35)	0,16
Transferência	1,2% (n=3)	0,8% (n=1)	1,8% (n=2)	
Diabetes*				
Sim	20,6% (n=48)	20,9% (n=26)	20,3% (n=22)	0,91
Não	79,3% (n=184)	79,0% (n=98)	79,6% (n=86)	
HAS*				
Sim	56,9% (n=132)	56,4% (n=70)	57,4% (n=62)	0,88
Não	43,1% (n=100)	43,5% (n=54)	42,5% (n=46)	
Doença Crônica				
Sim	23,6% (n=55)	26,4% (n=33)	20,3% (n=22)	0,28
Não	76,3% (n=178)	73,6% (n=92)	79,6% (n=86)	
LPP*				
Não desenvolveu	85,9% (n=189)	84,9% (n=96)	86,9% (n=93)	
Desenvolveu	9,0% (n=20)	10,6% (n=12)	7,4% (n=8)	0,67
Entrou e saiu com LPP	5,0% (n=11)	4,4% (n=5)	5,6% (n=6)	
Agravo				
Sim	30,0% (n=163)	31,2% (n=39)	28,7% (n=31)	0,67
Não	69,9% (n=163)	68,8% (n=86)	71,3% (n=77)	
TOTAL	100,0% (n=233)	100,0% (n=125)	100,0% (n=108)	

Fonte: própria, 2019.

Nota: Valor -p : Resultado do Teste Qui quadrado, *Dados ausentes; LPP – Lesão por Pressão.; Agravo – sepse, pneumonia ou insuficiência de algum órgão.

De acordo com a tabela 8, os pacientes referentes ao grupo 1 (53,65%) foram internados antes da implementação do *checklist*, enquanto o grupo 2 (46,35%) foram admitidos na UTI durante a intervenção. No total dos participantes, a maioria foram procedentes do CC como desfecho a enfermaria, com principal especialidade as afecções cardiovasculares. Essas porcentagens refletem a rotatividade pelo perfil cirúrgico das afecções cardiovasculares da UTI cardiovascular.

Com relação às principais comorbidades avaliadas, os pacientes admitidos no geral não possuem diabetes, eram hipertensos e não possiam alguma outra doença crônica (renal, pulmonar, imunodeficiência). Quanto as Lesões por Pressão, a grande maioria não desenvolveu e também não

apresentou algum agravo clínico associado ao motivo de internação como insuficiência de algum órgão, pneumonia ou algum tipo de sepse.

A tabela 9 apresenta o valor dos indicadores de segurança do paciente: densidade de incidência de pneumonia associada a ventilação mecânica, densidade de incidência de infecção primária da corrente sanguínea associada a cateter central: laboratorial, densidade de incidência de infecções do trato urinário associadas a sonda vesical de demora, taxa de mortalidade UTI e o tempo médio de internação na UTI por meses de coleta e por trimestres.

Tabela 9- Comparação dos indicadores de segurança do paciente entre o grupo 1 (comparação) e grupo 2 (intervenção). Teresina/PI, 2019.

Indicadores	Meses	Grupo 1				Grupo 2				Valor-p
		Jul	Ago	Set	Média	Out	Nov	Dez	Média	
PAV		24,5	33,5	19,6	25,8	25,6	6,6	19,7	17,3	0,28
IPCS Laboratorial		7,0	3,9	-	3,6	-	-	6,6	2,2	0,65
ITU-SVD		4,8	9,3	4,8	6,3	3,7	4,2	3,1	3,6	0,38
TX- MORT		28,5%	19,4%	17,3%	21,7%	37,8%	27,2%	38,7%	34,5%	0,06
Tempo médio internação na UTI		6,4	7,4	5,2	6,3	6,6	6,0	11,9	8,1	0,40

Fonte: própria, 2019.

Nota: PAV - Densidade de incidência de pneumonia associada a ventilação mecânica; IPCS Laboratorial -Densidade de incidência de infecção primária da corrente sanguínea associada a cateter central: laboratorial; ITU-SVD - Densidade de incidência de infecções do trato urinário associadas a sonda vesical de demora; TX-MORT- Taxa de mortalidade UTI; Valor -p : Resultado do teste T de *Student*.

Na aplicação do t de *Student*, não houve diferenças estatísticas entre as médias dos indicadores analisados, no entanto, ao comparar as médias do grupo 1, antes da execução da visita multiprofissional com o do grupo 2, durante, percebe-se que houve diminuição da incidência de PAV, IPCS Laboratorial e principalmente da ITU-SVD, o que pode sugerir o aumento de medidas profiláticas tomadas pelos profissionais pela redução da incidência de infecções relacionadas a assistência.

Para tanto, não houve redução da TX- MORT e tempo médio de internação, mas um aumento dos valores entre os grupos. Isso não quer dizer que sofreram influência da prática executada. Tais resultados podem ser fundamentados no resultado do cálculo dos indicadores que se baseiam em uma divisão que pode variar de acordo com valores discrepantes dos participantes em um determinado mês, como, o tempo de internação na UTI exposto na tabela 7 revela que o valor máximo de dias no grupo controle foi de 37 enquanto no grupo intervenção foi 64,

apresentando um maior desvio padrão também. A tabela 8, do mesmo modo, apresenta um maior quantitativo de óbitos no grupo intervenção (grupo 2).

Outra suposição é que os meses de outubro e dezembro, por adversidades do serviço, como redução do quantitativo de cirurgia, tiveram menor admissão e rotatividade de pacientes, visto que por ser uma UTI com perfil de pacientes cirúrgicos, como mostra tabela 8, em geral, permanecem por um curto período de tempo.

5 DISCUSSÃO

O clima de segurança do paciente em uma unidade sofre influencia de diversos fatores, e estes impactam diretamente no envolvimento das ações da equipe multiprofissional. Neste contexto, profissionais de uma UTI (N=39) elencaram barreiras e facilidades para alcançar a segurança do paciente que podem guiar planejamentos de melhorias. São barreiras as personalidades difíceis, abordagem errada para fornecer feedback e cultura de negatividade; e facilidades: experiência na unidade, colocar o paciente em primeiro lugar, comunicação diária entre a equipe (LIVORSI *et al.*, 2016).

Assim, sobre a única dimensão de segurança considerada forte em concordância a estudos nacionais e internacionais, tem-se “expectativas e ações de promoção da segurança dos supervisores e gerentes”. O “trabalho em equipe no âmbito das unidades” também se mostrou como uma dimensão forte em outros estudos (ERLER *et al.*, 2013; SANTIAGO; TURRINI, 2015; YILMAZ; GORIS, 2015; PROFIT *et al.*, 2016; COLLIER *et al.*, 2016; VIPLADT *et al.*, 2016; FARZI *et al.*, 2017; KIM *et al.*, 2018). Esses resultados podem indicar que tais UTIs são unidades com equipes que funcionam bem, onde os membros da equipe respeitam e apoiam uns aos outros.

No que diz respeito às dimensões que se mostraram com fragilidades em concordância com outros resultados são “respostas não punitivas aos erros”, “*feedback* e comunicação a respeito de erros”, “abertura para as comunicações” e “trabalho em equipe entre as unidades hospitalares” (BALLANGRUD; HEDELIN; HALL-LORD, 2012; YILMAZ; GORIS, 2015; SANTIAGO; TURRINI, 2015; TOMAZONI *et al.*, 2015; PROFIT *et al.*, 2016; LIVORSI *et al.*, 2016; FARZI *et al.*, 2017; KIM *et al.*, 2018).

Neste caso, é notório que a comunicação é um elemento frágil, o que evidencia a necessidade de estratégias de melhorias para aprimora-la. Ressalta-se que interrupções, tempo, fadiga e falta de recursos, são barreiras que impedem esse processo mas que atenção aos detalhes e uso de ferramentas padronizadas podem ser facilitadores (LIVORSI *et al.*, 2016).

Outras dimensões que também apareceram como oportunidades de melhoria em menor quantidade de estudos são, “expectativas e ações de promoção da segurança dos supervisores e gerentes”, “aprendizado organizacional - melhoria contínua”, “pessoal”, “apoio da gestão hospitalar”, “transferências internas e passagens de plantão”, “percepções gerais sobre segurança” e “frequência de relatos de evento” (BALLANGRUD; HEDELIN; HALL-LORD, 2012;

TOMAZONI *et al.*, 2015; LIVORSI *et al.*, 2016; FARZI *et al.*, 2017; AMIRI, KHADEMIAN, NIKANDISH, 2018; KIM *et al.*, 2018). Com isso, torna-se um desafio obter boas percepções de segurança e notificação de EA com insuficiente apoio da gerência e troca de informações sobre o paciente entre transferências.

Para exemplificar, em uma pesquisa com 187 enfermeiros na Coreia do Sul, verificou-se que a falta de cuidados de enfermagem foi afetada pela percepção negativa da cultura de segurança do paciente dentro da UTI ou carreira clínica. Ou também, com 143 enfermeiros da Noruega foi notado que uma cultura de segurança positiva foi correlacionada de forma significativa com uma pontuação baixa para *burnout*- esgotamento físico e mental (VIFLADT *et al.*, 2016; KIM *et al.*, 2018).

Ainda, relatos de profissionais demonstraram que eles reconhecem a importância da segurança do paciente e compreendem que as rotinas de trabalho podem expor o paciente a situações de risco. No entanto, que a segurança pode não ser prioridade para todos e que infraestrutura inadequada, materiais de má qualidade, equipamentos sem manutenção periódica e a sobrecarga de trabalho por diminuição no quadro de funcionários também interferem neste processo (TOMAZONI *et al.*, 2017).

Achados como esses conferem o motivo da nota de segurança do paciente na UTI avaliada por profissionais na UTI ser regular, bem como em outras pesquisas (FARZI *et al.*, 2017; YILMAZ; GORIS, 2015; TOMAZONI *et al.*, 2017). Neste caso, se os profissionais veem como regular a segurança do paciente em seu ambiente de trabalho, significa que é preciso reformular processos e meios de trabalhos para alterar essa realidade.

Acerca da baixa ou nenhuma notificação realizada em um ano, isso pode implicar em oportunidades perdidas de aprendizado com os erros. Alguns desafios na comunicação de incidentes relatados por profissionais é que não há incentivo pelos gestores, medo de repercussões, restrições de tempo, falta de feedback, expectativas pouco claras, déficits de conhecimento ou diferentes condutas adotadas a depender da categoria profissional que cometeu o erro (PROFIT *et al.*, 2016; TOMAZONI *et al.*, 2017).

No entanto, os profissionais reconhecem a importância do relato dos erros para a melhoria do serviço e que possíveis alternativas que aumentem a notificação desses incidentes seriam o reforço positivo e a utilização de espaços que permitam a notificação de todos com anonimato (PROFIT *et al.*, 2016; TOMAZONI *et al.*, 2017). A partir disso, uma proposta seria integrar

profissionais e gestores na construção de soluções com intuito de promover o aprendizado para prevenção de riscos.

Neste sentido, a gestão da unidade deve se esforçar para manter a cultura a partir da ciência dos possíveis estressores no cenário de trabalho. Assim, sugere-se a capacitação dos profissionais de forma que a equipe de saúde seja habilitada para seguir as normas/protocolos de segurança com responsabilidades compartilhadas (WEGNER *et al.*, 2016). Ou seja, investir em educação permanente e corresponsabilização dos profissionais.

Desta forma, foi observado que os escores médios obtidos por enfermeiros treinados, nas dimensões “transferências internas e passagens de plantão” e “frequência dos eventos relatados” foram maiores em comparação aos escores médios daqueles que não receberam treinamento sobre segurança do paciente (YILMAZ; GORIS, 2015).

No que tange o uso de *checklist* durante visitas multiprofissionais, sua eficácia sofre influência do engajamento e treinamento que os especialistas recebem para aplicar a ferramenta. Da mesma forma que foi constatado com profissionais da UTI uma forte relação positiva entre o escore total de engajamento profissional com a segurança do paciente (COLLIER *et al.*, 2016; CAVALCANTI *et al.*, 2016). Nesta perspectiva, profissionais sobrecarregados e com poucos recursos dificilmente irão aderir uma rotina nova. Bem como nesta investigação, os quais os profissionais não conseguiram preencher efetivamente os campos no checklist e aderir durante os cinco dias da semana.

De acordo com Jones *et al.* (2018), antes da implementação de um *checklist* faltava foco interprofissional e com o instrumento, enfermeiros e outros profissionais relataram se sentir mais encorajados a discutir as indicações/manejo de cateteres, recomendações/atendimento de feridas e coberturas profiláticas. Posto isso, uma estratégia capaz de oportunizar o uso de checklists é mostrar que oferece voz coletiva ao diminuir o gradiente de hierarquia dentro das UTIs. No cenário da pesquisa ficou evidente que a equipe multiprofissional conseguiu perceber a importância da atividade e do instrumento para o engajamento de todos envolvidos.

Ademais, questionários aplicados com os profissionais da UTI indicaram melhora na percepção do grupo como uma equipe e no clima de segurança, ou seja, maior porcentagem de respostas positivas no grupo da intervenção versus no grupo controle (CAVALCANTI *et al.*, 2016; JUSTICE *et al.*, 2016, MAITRA, 2017). Em concordância Tripathi *et al.* (2015), ao comparar os dados da pesquisa pré e pós-intervenção com a ferramenta, 64,6% dos membros da equipe de uma

UTI pediátrica, referiram satisfação com as mudanças na prática de transferência. Tais achados estão em concordância com os resultados levantados por esta pesquisa.

No trabalho de Justice et al. (2016) os planos diários foram ainda fixados e exibidos visualmente na beira do leito, o que facilitou a comunicação, fomentou a revisão ao longo do dia para os profissionais e familiares e aumentou a percepção do trabalho como uma equipe.

O uso de *checklist* também demonstrou um aumento significativo na documentação do cuidado, bem como a discussão multiprofissional durante as visitas, a qual se tornou mais concreta e orientada para os itens prioritários e houve um aumento da preocupação com o conhecimento pelos profissionais (TRIPATHI et al., 2015; BINNEKADE et al., 2018).

A observação do preenchimento de 3 meses do *checklist* em dois estudos resultou no uso acima de 90% do instrumento, com preenchimento acima de 80% pelos profissionais (CENTOFANTI et al., 2014; TRIPATHI et al., 2015). Em convergência, a prática da visita multiprofissional guiada pela ferramenta por 12 meses apresentou declínio na periodicidade e participação principalmente da enfermagem (RIBEIRO, 2019). A baixa adesão ou preenchimento do instrumento, assim como nesta investigação, refletem a necessidade da gestão em buscar quais motivos ou ajustes para conseguir o envolvimento dos profissionais.

A visita multiprofissional é um momento propício para equipe elaborar planos de cuidados integrais e interdisciplinar. Dessa forma, o não preenchimento ou realização pode impedir uma assistência direta e segura ao paciente. Destaca-se que a visita tem sido associada ao aprimoramento na comunicação interdisciplinar e assistência individualizada ao paciente, o que favorece a diminuição do risco de erros. Essa abordagem guiada com o *checklist* desencadeou discussões estruturadas e ajudou no gerenciamento ao identificar novos problemas de atendimento ao paciente crítico (TRIPATHI et al., 2015; BOYDSTON, 2018).

Profissionais americanos de 12 UTIs relataram dois principais motivos que, por vezes, o *checklist* não alcança bons resultados ou aderência da equipe, são eles ser longo demais e/ou inespecífico para as necessidades locais. Neste sentido, é preciso que o *checklist* seja personalizado e sofra ajustes temporários de modo a excluir práticas incorporadas e incluir novos procedimentos (RAWAT; BERENHOLTZ, 2014; HALLAM et al., 2018). Essa fundamentação assegurou os resultados do estudo, por ser um processo e estar em constante mudança e aperfeiçoamento.

Assim, é essencial a customização do instrumento para que não seja visto como mais uma folha a ser preenchida ou perda de tempo. De acordo com Rawat e Berenholtz (2014), é requerido

uma compreensão dos gestores do serviço de saúde, e comprometimento dos profissionais para mudar os valores, atitudes e comportamentos.

Os estudos referenciados nesta investigação, em geral, utilizaram em seus checklist como objetivos diários a serem abordados: escala de dor, mobilidade precoce, desmame de sedação, oxigenoterapia, aspectos nutricionais, lesão por pressão, infecção/necessidade de cateteres e tubos, queda, cuidados cardíacos e renal, antibioticoterapia, regulação da glicose, profilaxia de TVP e gástrica, interações medicamentosas, balanço de fluidos e família (CENTOFANTI *et al.*, 2014; KRAM *et al.*, 2015; JUSTICE *et al.*, 2016; JONES *et al.*, 2018; BINNEKADE *et al.*, 2018). Ou seja, em sua maioria os mesmos aspectos abordados no checklist utilizado na pesquisa.

Acerca das implicações da realização de *checklists* e estabelecimento de metas diárias pela equipe, Kram *et al.* (2015) obteve como resultado uma diminuição da internação hospitalar geral por 1,8 dias com o uso da ferramenta, a instituição teve potencial para economizar uma média de \$2.156,00 dólares, por paciente, para um leito médico-cirúrgico. Em contrapartida, estudos mais recentes, randomizados e quase experimentais, com consideráveis número de participantes, mostraram que não houve diferenças significativas na mortalidade do pacientes críticos (CAVALCANTI *et al.*, 2016; MAITRA, 2017; BINNEKADE, *et al.*, 2018). Esses resultados recentes estão em concordância com os efeitos do estudo apresentado.

No entanto, houve melhorias em medidas assistenciais adotadas pela equipe multiprofissional, como diminuição no volume do fluxo usado na ventilação mecânica, e sedação profunda, tal como redução do período de uso de cateteres venosos centrais e, em especial, urinários (CAVALCANTI *et al.*, 2016; MAITRA, 2017). Em uma pesquisa nos Estados Unidos, o serviço de saúde teve um potencial de economia aproximada de 700 dólares por paciente/dia sem ventilador (KRAM *et al.*, 2015).

Um estudo com implementação de um *checklist* em forma de acrômio com cinco itens para guiar visitas multiprofissionais nos dias úteis da semana, resultou na melhoria de IPCS e ITU-SVD sem incidentes por mais de 6 meses consecutivos (JONES *et al.*, 2018). Outro sugere benefícios importantes em sua adoção, como redução de infecções sanguíneas associadas à cateter central (MARSTELLER *et al.*, 2012).

Esses achados corroboram com os resultados do estudo, uma vez que, são medidas importantes que atenuam o risco de infecções, lesões pulmonares e que melhoram o prognóstico após extubação, e pode ter implicações significativas para os eventos adversos.

6 CONCLUSÃO

Este estudo permitiu analisar a efetividade da visita multiprofissional guiada por um *checklist* em uma UTI. Quanto a avaliação das dimensões de Cultura de Segurança do Paciente, os profissionais evidenciaram como área forte expectativas e ações do gestor / promoção da segurança do paciente pela gestão e como áreas de fragilidades ou oportunidades de melhorias, suporte de gerenciamento para segurança do paciente, percepções gerais da segurança do paciente, frequência dos eventos relatados, trabalho em equipe entre unidades, transferências e passagem de plantão e resposta não punitiva ao erro. A maioria dos profissionais avaliaram a segurança do paciente como regular e 64% referem não ter relatado nenhum evento adverso nos últimos 12 meses.

No que diz respeito ao preenchimento dos *checklists* e planos terapêuticos, obtiveram apenas 45,7% de preenchimento, o que sugere pouco registro por parte dos profissionais, seja por demandas no serviço que os impedem, como uma rotina nova a ser implementada. E quanto a opinião sobre o uso deste instrumento, apesar de concordarem que o *checklist* contribuiu de forma positiva com a segurança do paciente, sugeriram que deveria haver alteração na atual dinâmica da visita multiprofissional, que há itens não abordados no *checklist* e assumem que não preencheram efetivamente os campos destinados no *checklist* e/ou plano terapêutico utilizados durante as visitas participadas.

Aos resultados dos pacientes, a mediana da idade dos pacientes foi de 62 anos. O valor do APACHE II mediano foi de 13, com mortalidade prevista mediana de 10,9%, tempo de UTI de 4 dias e não apresentou evidências de diferença estatística entre as características gerais dos pacientes com os grupos em estudo.

Comparando-se as médias do trimestre um, antes (grupo 1), com o trimestre dois, durante (grupo 2) a implementação da visita multiprofissional, percebe-se diminuição da incidência de PAV, IPCS Laboratorial e ITU-SVD, que não foi estatisticamente significativo, mas que podem sugerir o aumento de medidas profiláticas. Não houve redução da TX- MORT e tempo médio internação. Ou seja, o uso *checklist* para guiar a visita multiprofissional se fez efetivo, pois houve diminuição das infecções relacionadas a assistência devido ao aumento de medidas profiláticas.

Apesar da não verificação de resultados estatísticos significativos aos dados clínicos e de indicadores de segurança do paciente, considera-se ainda o *checklist* um instrumento efetivo para melhoria no processo da visita multiprofissional por integrar e permitir um diálogo horizontal,

favorecer conhecimento integral do estado de saúde do paciente e oportunizar que informações essenciais não sejam esquecidas, de modo a promover atitudes de prevenção de incidentes. Isso foi constatado no estudo e pela literatura.

As boas práticas para transferências de informações como visitas multiprofissionais podem ser alcançadas pelo envolvimento conjunto da equipe de profissionais de diferentes formações, os quais devem dedicar tempo para participar, em que cada um conheça seu papel e responsabilidade durante e após as visitas. Decisão compartilhada com utilização de um *checklist* apropriado as necessidades que não permita omissões ou seja visto como mais uma folha de papel, e ocorrer em horário adequado as demandas do setor capaz de implementar os planos definidos em um dia.

Considera-se que os achados desse estudo possibilitam uma reflexão por parte dos profissionais e dos gestores de UTI, além de despertar o interesse para o planejamento de estratégias voltadas para melhorar as fragilidades e alcançar fortalezas para o cuidado seguro e garantir a qualidade da assistência. Para isto, não basta investir em ferramentas, tecnologias para otimizar o trabalho se não há recursos humanos e estruturais adequados para o funcionamento da assistência, é preciso colaboração por parte da gestão e comprometimento dos profissionais.

As implicações destacadas por meio deste trabalho podem ser de caráter clínico ao propocionar medidas preventivas por meio do cuidado seguro dos profissionais, conseqüente redução de incidência de EA, melhor atenção ao paciente e família, satisfação profissional, e indiretamente redução de custos. Sobre a formação do profissional de saúde, ressalta a indispensabilidade do ensino do trabalho em equipe e desenvolvimento de técnicas de comunicação e uso de instrumentos que facilitem o processo. Ainda assim, possíveis propostas para melhorar o processo desta atividade é a constante realização de educação permanente com os profissionais e corresponsabilização entre eles.

Como limitação do estudo ressalta-se o não preenchimento completo de instrumentos de coleta de dados por alguns profissionais, bem como lacunas de informações em alguns prontuários disponibilizados. Se a intervenção fosse implementada por um tempo mais prolongado, poderia resultar em dados mais consistentes. No cenário do serviço assistencial adversidades acontecem, como demandas, inetrferências que dificultam a execução fidedigna como planejado.

A presente pesquisa teve apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Piauí (FAPEPI) e do Hospital Universitário do Piauí.

REFERÊNCIAS

- ABRAHAM, J. *et al.* Ensuring patient safety in care transitions: an empirical evaluation of a handoff intervention tool. **AMIA Annu Symp Proc [Internet]**, v.2012, p.17-26, 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3540511/> Acesso em: 22 jun 2018.
- ABREU, S.P.; POMPEO, D. A.; PERROCA, M. G. Utilização de instrumentos de classificação de pacientes: análise da produção do conhecimento brasileira. **Rev Esc Enferm**, v.48, n.6, p.1111-8, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n6/pt_0080-6234-reeusp-48-06-1111.pdf. Acesso em: 18 maio 2018.
- ACEVES, V. E. D. *et al.* Aplicación de la mnemotecnica «Calidad» para disminuir la morbilidad de pacientes. **Rev Asoc Mex Med Crit y Ter Int**, v.29, n.4, p.222-233, 2015. Disponível em: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0187-84332015000400005&lng=es&nrm=iso Acesso em: 22 jun 2018.
- AIRES, R. S. P. *et al.* Inovações para o Ensino e a aprendizagem na Educação básica e superior. In: **Simpósio de Metodologias Ativas e III Simpósio do Mestrado Profissional em Gestão Organizacional**, v.2, n.1, 2017.
- ALMEIDA, C. A. M. Organizando o cuidado: round matinal e checklist vespertino. In: **XVII CONGRESSO SUL BRASILEIRO DE MEDICINA INTENSIVA**, 17. 2017, Balneario Camboriú. Anais.... Balneario Camboriú: Hospital Santa Catarina, 2017. v. 1, p.1-1. Disponível em:<http://www.csbmi.com.br/evento/csbmi2017/trabalhosaprovados/naintegra/196> Acesso em: 30 jul. 2019.
- AMIRI, M.; KHADEMIAN, Z., NIKANDISH, R. The effect of nurse empowerment educational program on patient safety culture: a randomized controlled trial. **BMC Med Educ [Internet]**, v.18, n.1, p.158, 2018. Disponível em: <https://bmcomededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-018-1255-6> Acesso em: 31 jul. 2019.
- ANDRADE, L. E. L. *et al.* . Adaptação e validação do Hospital Survey on Patient Safety Culture em versão brasileira eletrônica. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.26, n.3, p.455-468, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222017000300455&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 jun. 2019.
- ARAÚJO, M. A. N. *et al.* Segurança do paciente na visão de enfermeiros: uma questão multiprofissional. **Enferm. Foco**, v.8, n.1, p.52-56, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2017.v8.n1.984>. Acesso em: 31 jul. 2019.
- ARAUJO NETO, J. D. de *et al.* Profissionais de saúde da unidade de terapia intensiva: percepção dos fatores restritivos da atuação multiprofissional. **Revista Brasileira Promoção Saúde**, v.1, n.29, p.43-50, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2016.p43>. Acesso em: 24 jan. 2019

ARAÚJO, I. S. A percepção da comunicação como parte do processo de determinação social da saúde [entrevista na internet], **Portal DSS Brasil**, 2013. Disponível em: <http://dssbr.org/site/entrevistas/a-comunicacao-como-ciencia/> . Acesso em: 22 jun 2018.

BALLANGRUD, R. HEDELIN, B.; HALL-LORD, M.L. Nurses' perceptions of patient safety climate in intensive care units: A cross-sectional study. **Intensive and Critical Care Nursing**, v.28, p.344-354, 2012. Disponível em: doi: 10.1016/j.iccn.2012.01.001. Acesso em: 22 jun 2018.

BATISTA, M. A. O; NEVES, M. N. das. Visita multidisciplinar à beira do leito. In: VIANA, R. A. P. P.; TORRE, M. Enfermagem em terapia intensiva práticas integrativas. Florianópolis: Manole, 2017. Cap. 21. p. 219-224.

BINNEKADE, J. M. *et al.* Incorporation of Daily Goals in Daily Care Planning Does Not Shorten Length of Stay in the Intensive Care Unit. **Crit Care Nurs Q.**, v.41, n.2, p.178-185, 2018. Disponível em: doi: 10.1097/CNQ.000000000000197. Acesso em: 31 jul. 2019.

BOYDSTON, J. Use of a standardized care communication checklist during multidisciplinary rounds in pediatric cardiac intensive care. **JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports**, v.16, n.2, p.548–564, 2018. Disponível em: <doi:10.11124/jbisrir-2017-003350> Acesso em: 26 jul 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução-RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010.** Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Disponível em: <<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/>>. Acesso em: 09 de maio de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentares de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário oficial da União**, Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 22 jun 2018.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática.** Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde (GVIMS). Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde (GGTES). Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília (DF); 2013. 172 p. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+1+-+Assist%C3%A2ncia+Segura+-+Uma+Reflex%C3%A3o+Te%C3%B3rica+Aplicada+%C3%A0+Pr%C3%A1tica/97881798-cea0-4974-9d9b-077528ea1573>. Acesso em: 22 jun 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente / Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. –Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 40 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf. Acesso em: 22 jun 2018.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Boletim Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde: Incidentes Relacionados à Assistência à Saúde –2015**. ANVISA, 2016. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiZTFiOGRhOTYtYzZjOS00NmZmLWE5MWUtN2RkNDhiZGJiOGE1IiwidCI6ImI2N2FmMjNmLWMzZjMtNGQzNS04MGM3LWI3MDg1ZjVIZGQ4MSJ9>. Acesso em: 22 jun 2018.

BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO PARA SEGURANÇA DO PACIENTE. Abril pela Segurança do Paciente. São Paulo: Instituto Brasileiro de Segurança Para O Paciente, 2019. 2 f. Disponível em: <https://www.segurancaadopaciente.com.br/seguranca-e-gestao/programacao-especial-abril-para-seguranca-do-paciente/>. Acesso em: 28 jun. 2019.

BRENNAN, T. A. *et al.* Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients - results of the Harvard Medical Practice Study I. **N Engl J Med.**, v.324, n.6, p.370-77, 1991. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199102073240604>. Acesso em: 07 jun. 2018.

CALDEIRA FILHO, M. WESTPHAL, G. A. Avaliações obrigatórias. *In*: CALDEIRA FILHO, M. WESTPHAL, G. A. **Manual prático de medicina intensiva**. São Paulo: SegmentoFarma, ed.7, 2013, 348 p.

CAVALCANTI, A. B. *et al.* Effect of a Quality Improvement Intervention With Daily Round Checklists, Goal Setting, and Clinician Prompting on Mortality of Critically Ill Patients: A Randomized Clinical Trial. **JAMA**, v.315, n.14, p.1480–1490, 2016. Disponível em: doi: 10.1001/jama.2016.3463. Acesso em: 26 jul 2019.

CENTOFANTI, J. E. *et al.* Use of a daily goals checklist for morning ICU rounds: a mixed-methods study. **Crit Care Med.**, v.42, n.8, p.1797-803, 2014. Disponível em: doi: 10.1097/CCM.0000000000000331. Acesso em: 26 jul 2019.

CHOQUE, T. M. **Implementacion del nemotecnico fasthug-bid como medio de identificacion y prevencion de complicaciones en la valoracion de enfermeria apacientes en la uci del hospital corazon de jesus octubre-diciembre 2013**. Monografia (Especialidad en Medicina Crítica y Terapia Intensiva) - Universidad mayor de san andré, Bolivia, 2017. Disponível em: <https://repositorio.umsa.bo/bitstream/handle/123456789/14867/TE-1224.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 22 jun 2018.

COLLIER, S. L. *et al.* Employee engagement and a Culture of Safety in the Intensive Care Unit. **J Nurs Adm [Internet]**, v.46, n.1, p.49-54, 2016. Disponível em: doi:10.1097/NNA.0000000000000292. Acesso em: 26 jul 2019.

COMEAU, O. Y.; ARMENDARIZ-BATISTE, J.; WOODBY, S. A. Safety First! Using a Checklist for Intrafacility Transport of Adult Intensive Care Patients. **Crit Care Nurse**, v.35, n.5, p.16-25, 2015. Disponível em: doi: 10.4037/ccn2015991. Acesso em: 26 jul 2019.

CONSORT. Lista de informações CONSORT 2010 para incluir no relatório de um estudo

randomizado. **CONSORT Statement**, p.1-3, 2010. Disponível em: http://www.consortstatement.org/Media/Default/Downloads/Translations/Portuguese_pt/Portuguese%20CONSORT%20Checklist.pdf. Acesso em: 26 jul 2019.

COSTA, M. P. **Indicadores de qualidade para a contratualização de cuidados paliativos**. 2011. Dissertação (Mestrado em Gestão de Saúde) – Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 2011. Disponível em: <https://run.unl.pt/handle/10362/6231>. Acesso em: 22 jun 2018.

CRUZ, F. F. *et al.* Segurança do paciente na UTI: uma revisão da literatura. **Revista Científica FacMais**, v.12, n.1, p.168-187, 2018. Disponível em: <http://revistacientifica.facmais.com.br/wp-content/uploads/2018/06/12.-SEGURAN%C3%87A-DO-PACIENTE-NA-UTI-UMA-REVIS%C3%83O-DA-LITERATURA.pdf>. Acesso em: 22 jun 2018.

D'EMPAIRE, P.P.; AMARAL, A.C. K.B. O que todo intensivista deveria saber sobre a passagem de plantão na unidade de terapia intensiva. **Rev Bras Ter Intensiva**, n.29, v.2, p.121-123, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-507x.20170020>. Acesso em: 22 jun 2018.

DIETZ, A. S. *et al.* Evaluation of a Measurement System to Assess ICU Team Performance*. **Critical Care Medicine**, v. 46, n.12, p.1898-1905, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1097/ccm.0000000000003431>. Acesso em: 26 jul 2019.

DUARTE, M.L.C.; BOECK, J.N. O trabalho em equipe na enfermagem e os limites e possibilidades da estratégia saúde da família. **Trab. Educ. Saúde**, v.13, n.3, p.709-720, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462015000300709&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 10 maio 2018.

EMPRESA DE SERVIÇOS HOSPITALARES – Hospital universitário da Universidade do Piauí. Infraestrutura. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/web/hu-ufpi/infra-estrutura>. Acesso em: 10 maio 2018.

ERLER, C. *et al.* Perceived patient safety culture in a critical care transport program. **Air Med J.**, v.32, n.4, p.208-15, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23816215>. Acesso em: 31 jul. 2019.

FARIAS, E. S.; SANTOS, J. O.; GÓIS, R. M. O. Comunicação efetiva: elo na segurança do paciente no âmbito hospitalar. **Ciências Biológicas e de Saúde Unit**, v. 4, n. 3, p. 139-154, 2018. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/cadernobiologicas/article/view/5168>. Acesso em: 18 maio 2018.

FARZI, S. *et al.* Patient Safety Culture in Intensive Care Units from the Perspective of Nurses: A Cross-Sectional Study. **Iran J Nurs Midwifery Res.**, v.22, n.5, p.372–376, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5637146/>. Acesso em: 31 jul. 2019.

FERREIRA, C. R. **Avaliação da eficácia da implementação de um pacote de medidas na prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica em uma unidade de terapia intensiva adulta**. Dissertação (mestrado) - Programa de Pós-graduação em ciências da saúde,

Universidade Federal de Uberlândia, 2015. Disponível em:
<https://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/17811/1/AvaliacaoEficaciaImplementacao.pdf>.
 Acesso em: 30 jul. 2019.

GAMA, Z. A. S. *et al.* Desenvolvimento e validação de indicadores de boas práticas de segurança do paciente: Projeto ISEP-Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.32, n.9, p. 262-15, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2016000905002&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 18 maio 2018.

GAWANDE, A. **Checklist – Como fazer as coisas benfeitas**. São Paulo: Sextante; 2011.

GONÇALVES, M. I. *et al.* Comunicação e segurança do paciente na passagem de plantão em unidades de cuidados intensivos neonatais. **Texto contexto enferm.**, [online], v. 25, n. 1, p. 1-8, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/0104-0707-tce-25-01-2310014.pdf>. Acesso em: 18 maio 2018.

GOUVÊA, C. S. D. **Desenvolvimento de indicadores de segurança para o monitoramento de cuidado em hospitais brasileiros de pacientes agudos**. Carla Gouveia. – Rio de Janeiro, 2015. 39 p.– (Relatório Proqualis). Disponível em:
<https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/indicadores%20de%20qualidade.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2018.

GOUVÊA, C. S. D.; TRAVASSOS, C. Indicadores de segurança do paciente para hospitais de pacientes agudos: revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, v.26, n.6, p.1061-1078, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n6/02.pdf>. Acesso em: 31 jul. 2019.

GRIGOLETO, A. R. L.; GIMENES, F. R. E.; AVELAR, M. C. Q. Segurança do cliente e as ações frente ao procedimento cirúrgico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 13, n.2011, p. 347-354, 2011. Disponível em: DOI: 10.5216/ree.v13i2.10326. Acesso em: 31 jul. 2019.

GUEUDEVILLE, R. M. **Avaliação da comunicação entre a equipe multidisciplinar e do tempo de permanência na UTI, após a introdução do formulário de objetivos diários**. Dissertação (Mestrado em Gestão do Conhecimento) - Programa de Pós-graduação em Engenharia e Gestão do Conhecimento, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007. Disponível em: <http://btd.egc.ufsc.br/wp-content/uploads/2010/06/Ros%C3%A2ngela-Gueudeville.pdf>. Acesso em: 26 jul 2019.

GUTIS. RÉA-NETO, A. *et al.* **Guia da UTI Segura**. 1ª ed, São Paulo: Associação de Medicina Intensiva Brasileira, 2010. 22p. Disponível em: http://static.hmv.org.br/wp-content/uploads/2014/07/Orgulho_GUTIS.pdf. Acesso em: 18 maio 2018.

GUZINSKI, C. *et al.* Boas práticas para comunicação efetiva: a experiência do round interdisciplinar em cirurgia ortopédica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, n.1, p.1- 5, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180353>. Acesso em: 26 maio

2019

HALLAM, B. D. *et al.* Perceptions of rounding checklists in the intensive care unit: a qualitative study. **BMJ Quality & Safety**, v.27, p.836-843, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29572299>. Acesso em: 26 jul 2019.

HIGGINS, T. L. *et al.* Early indicators of prolonged intensive care unit stay: impact of illness severity, physician staffing, and pre-intensive care unit length of stay. **Critical Care Medicine**, v. 31, n. 1, p. 45-51, 2003. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12544992>. Acesso em: 18 maio 2018.

HORTA, W. A.; KAMIYAMA, Y.; PAULA, N. S. O ensino dos instrumentos básicos de enfermagem. **Rev, da Esc. Enf.**, v.4, n.1, 1970. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v4n1-2/0080-6234-reeusp-4-1e2-005.pdf>. Acesso em: 26 jul 2019.

JONES, P. A. *et al.* Quality improvement: A structured daily checklist: Communication and collaboration improve care. **American Nurse Today**, v.13, n.11., p.58-60, 2018. Disponível em: <https://www.americannursetoday.com/wp-content/uploads/2018/11/ant11-Focus-0n-PATIENT-SAFETY-1015.pdf>. Acesso em: 26 jul 2019.

JUSTICE, L. B. *et al.* Improving Communication During Cardiac ICU Multidisciplinary Rounds Through Visual Display of Patient Daily Goals*. **Pediatric Critical Care Medicine**, v.17, n.7, p.677-683, 2016. Disponível em: doi:10.1097/pcc.0000000000000790. Acesso em: 26 jul 2019.

KEEGAN, M.T.; GAJIC, O.; AFESSA, B. Comparison of APACHE III, APACHE IV, SAPS 3, and MPM0III and influence of resuscitation status on model performance. **Chest.**, v.142, n.4, p.851-8, 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22499827>. Acesso em: 26 jul 2019.

KEEGAN, M.T.; SOARES, M. O que todo intensivista deveria saber sobre os sistemas de escore prognóstico e mortalidade ajustada ao risco. **Rev. bras. ter. intensiva**, v. 28, n. 3, p. 264-269, 2016. Disponível em <http://dx.doi.org/10.5935/0103-507X.20160052>. Acesso em: 25 maio 2019.

KIM, K. J.; YOO, M.S.; SEO, E.J. Exploring the Influence of Nursing Work Environment and Patient Safety Culture on Missed Nursing Care in Korea. **Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci) [Internet]**, v.12, n.2, p.121-126, 2018. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1016/j.anr.2018.04.003>. Acesso em: 26 jul 2019.

KOHN, L.T., CORRIGAN, J.M., DONALDSON, M.S. **To err is human: building a safer health system**. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. Washington, DC: National Academy Press; 2000. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25077248>. Acesso em: 18 maio 2018.

KRAM, S. L. *et al.* Implementation of the ABCDE Bundle to Improve Patient Outcomes in the Intensive Care Unit in a Rural Community Hospital. **Dimens Crit Care Nurs.**, v. 34, n.5, p.250-

258, 2015. Disponível em: DOI:10.1097/DCC.000000000000129. Acesso em: 27 de jul 2019.

LIVORSI, D. *et al.* A rapid assessment of barriers and facilitators to safety culture in an intensive care unit. **Int Nurs Rev [Internet]**, v.63, n.3, p.372-6, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/inr.12254>. Acesso em: 26 jul 2019.

MAITRA, S. “Checklist & prompting in intensive care unit: quality of care is improved but long way to go for better outcome.” **Journal of thoracic diseasevol.**, v.9, n.2, p.228-229, 2017. Disponível em: doi:10.21037/jtd.2017.02.44. Acesso em: 26 jul 2019.

MAKARY M. A., DANIEL, M. Medical error—the third leading cause of death in the US. **BMJ**, n.353, 2016. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/353/bmj.i2139>. Acesso em: 26 jul 2019.

MARSTELLER, J. A. *et al.* A multicenter, phased, cluster-randomized controlled trial to reduce central line-associated bloodstream infections in intensive care units. **Crit Care Med.**, v.40, n.11, p.2933-2939, 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22890251>. Acesso em: 18 maio 2018.

MENDES, W. (Org.); SOUZA, P. (Org.). *Segurança do Paciente: Criando Organizações de Saúde Seguras*. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014. v. 1. 208p. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/conselhos-e-comissoes/cosep-comite-de-seguranca-do-paciente/sugestoes-de-leitura/10997-livro-2-seguranca-do-paciente-web/file>. Acesso em: 18 maio 2018.

MENDES, W. *et al.* The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. **Int J Qual Health Care.**, v.21, n.4, p.279–84, 2009. Disponível em: <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/21/4/279.long>. Acesso em: 07 jun. 2018.

MORENO, R.P; NASSAR JR, A. P. O APACHE II é uma ferramenta útil para pesquisa clínica? **Rev Bras Ter Intensiva**. v. 29, n.3, p.264-267, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2017000300264. Acesso em: 18 maio 2018.

MOURA, G.M.S.S. *et al.* Construção e implantação de dois indicadores de qualidade assistencial de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem.**, v.30, n.1, p.136-40, 2009. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/23623>. Acesso em: 18 maio 2018.

NASCIMENTO, T.B.P. *et al.* Efetividade das medidas de prevenção e controle de pneumonia associada à ventilação mecânica na UTI. **Perspectivas Online: Biológicas e Saúde**, v.7, n.25, p.1- 24, 2017. Disponível em: https://www.seer.perspectivasonline.com.br/index.php/biologicas_e_saude/article/view/1136. Acesso em: 30 jan. 2019.

NOGUEIRA, J.W.S.; RODRIGUES, M.C.S. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: um desafio para a segurança do paciente. **Cogitare Enfermagem**, v.20, n.3, p.636-640. 2015. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/40016>. Acesso em: 30 jan.

2019.

NUNES, M.F.; WOVST, R.L; NETO, S.B. Trabalho em equipe: percepção interprofissional de uma clínica pediátrica. **Rev. Psicol. Saúde**, v.6, n.2, 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2014000200010. Acesso em: 26 jul 2019.

OLIVEIRA, C. A. S. *et al.* Análise de indicadores assistenciais em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica na cidade de Fortaleza/CE. **Cad. Saúde Colet.**, v.25, n.1, p.99-105, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v25n1/1414-462X-cadsc-1414-462X201700010220.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2019.

PERÃO, O. F. *et al.* Segurança do paciente em unidade de terapia intensiva de acordo com a teoria de wanda horta. **Cogitare Enferm.**, v.22, n.3, p. 4557- 4553, 2017. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45657>. Acesso em: 30 jan. 2019.

PEREIRA, P. S. L. *et al.* Repercussões fisiológicas a partir dos cuidados de enfermagem ao paciente em unidade de terapia intensiva, **Rev. Pre. Infec e Saúde**, v.1, n.3, p.55-66, 2015. Disponível em: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/nupcis/article/view/3810>. Acesso em: 18 maio 2018.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem.** 9 ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

PROFIT, J. *et al.* Comparing NICU teamwork and safety climate across two commonly used survey instruments. **BMJ Qual Saf [Internet].**, v.25, p.954-961, 2017. Disponível em: <https://qualitysafety.bmj.com/content/25/12/954>. Acesso em: 26 jul 2019.

PRONOVOST, P. *et al.* Improving Communication in the ICU Using Daily Goals. **Journal of Critical Care**, v. 18, n. 2, p.71-75, jun. 2003. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12800116>. Acesso em: 18 maio 2018.

PRONOVOST, P. J.; WU, A.W.;SEXTON, J.B. Acute Decompensation after Removing a Central Line: Practical Approaches to Increasing Safety in the Intensive Care Unit. **Annals of Internal Medicine**, n.140, p.1025-1033, 2004. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15197020>. Acesso em: 18 maio 2018.

RAWAT, N.; BERENHOLTZ, S. Daily goals: not just another piece of paper*. **Crit Care Med.**, v.42, n.8, p.1940–1941, 2014. Disponível em: doi:10.1097/CCM.0000000000000433. Acesso em: 26 jul 2019.

RIBEIRO, M. S. N. **Round multiprofissional em Unidade de Terapia Intensiva: Análise de ocorrência e itens do checklist.** Trabalho de conclusão de curso (TCC) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Graduação em Enfermagem, 2019. Disponível em: https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/197144/TCC%20FINAL_final_reposit%C

3%B3rio_03.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 30 jul. 2019.

PHYSICIANS, Royal College Of; NURSING, Royal College Of. **Rodadas de enfermagem na medicina: princípios para as melhores práticas**. London: Rcp, 2015. 02 p. Disponível em: <https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/ward-rounds-medicine-principles-best-practice>. Acesso em: 30 jan. 2019.

RUCIMAN, W.B. *et al.* Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. **Int J Qual Health Care**, v.21, n.1, p.2-8, 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19147597>. Acesso em: 30 jul. 2019.

SALLUH, J.I.; SOARES, M. ICU severity of illness scores: APACHE, SAPS and MPM. **Curr Opin Crit Care**, v.20, n.5, p.557-65, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25137401>. Acesso em: 18 maio 2018.

SANTIAGO, T. H. R.; TURRINI, R. N. T. Cultura e clima organizacional para segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva. **Rev. esc. enferm. USP [online]**, v.49, p.123-130, 2015. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000700018>>.

SANTOS, G.R.S.; CAMPOS, J.F.; SILVA, R.C. Comunicação no *handoff* na terapia intensiva. **Escola Anna Nery**, v.22, n.2, p.01-12, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v22n2/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0268.pdf. Acesso em: 30 jul. 2019.

SCCM – SOCIETY OF CRITICAL CARE MEDICINE. **Common problems of critical illness**. 2018. Disponível em: http://www.sccm.org/SCCM/MyICUCare/Support+Brochures/Critical_Illness.htm. Acesso em: 18 maio 2018.

SHARMA, S.; FRIEDE, R. **Multidisciplinary Rounds in the ICU**. In: StatPearls [Internet], 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507776/>. Acesso em: 30 jul. 2019.

SILVA, M. J. P. **Comunicação tem remédio**: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Edições Loyola, 2002.

SILVEIRA, T. V. L. *et al.* Opinião dos enfermeiros sobre a utilização dos indicadores de qualidade na assistência de enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v.36, n.2, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000200082&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 30 jul. 2019.

SIMAN, A.G. *et al.* Estratégia do trabalho gerencial para alcance da acreditação. **Rev. Min. Enferm.**, v.4, n.19, p.815-822, 2015. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1043>. Acesso em: 10 de maio de 2019.

SOARES, M.; DONGELMANS, D. A. Por que não devemos usar o APACHE II como parâmetro para avaliação de desempenho e comparação? **Rev Bras Ter Intensiva**, v.29, n.3, p. 268-270,

2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v29n3/0103-507X-rbti-20170043.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2019.

SORRA, J. *et al.* **AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture: User's Guide**. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2016, 45p. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospcult.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2019.

STARMER, A. J. *et al.* Changes in medical errors after implementation of a handoff program. **N Engl J Med [Internet]**, v. 371, p.1803-1812, 2014. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa1405556>. Acesso em: 30 jul. 2019.

STEFANELLI, M. C. **Comunicação com o paciente: teoria e ensino**. São Paulo: Robe;1993.

STEFANELLI, M. C. **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. Barueri, São Paulo: Manole, 2005.

TAYLOR, J. A. *et al.* Using inpatient hospital discharge data to monitor patient safety events. **J Healthc Risk Manag**, v.32, n.4, p.26-33, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23609974>. Acesso em: 10 de maio de 2019.

THE JOINT COMMISSION. **Sentinel event data: root causes by event type, 2004-2015**. Disponível em: <https://hcupdate.files.wordpress.com/2016/02/2016-02-se-root-causes-by-event-type-2004-2015.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2018.

TOMAZONI, A. *et al.* Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva neonatal. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 24, n. 1, p. 161-169, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n1/pt_0104-0707-tce-24-01-00161.pdf. Acesso em: 10 de maio de 2019.

TOMAZONI. Segurança do paciente na percepção da enfermagem e medicina em unidades de terapia intensiva neonatal. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.38, n.1, p.1-8, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.64996>. Acesso em: 30 jul. 2019.

TRINDADE, L.; LAGE, M. J. A perspectiva histórica e principais desenvolvimentos da segurança do paciente. *In*: SOUSA, P.; MENDES, W. **Segurança do paciente: criando as organizações de saúde seguras**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, p. 39-56, 2014. Disponível em: <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Seguran%C3%A7a%20do%20paciente%20-%20criando%20organiza%C3%A7%C3%B5es%20de%20sa%C3%BAde%20seguras.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2018.

TRIPATHI, S. *Et al.* Implementation of Patient-Centered Bedside Rounds in the Pediatric Intensive Care Unit. **J Nurs Care Qual.**, v.30, n.2, p.160-166, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25503373>. Acesso em: 30 jul. 2019.

UMBERFIELD, E. *Et al.* Using Incident Reports to Assess Communication Failures and Patient Outcomes. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety.*, v.45, n.6, p.406-413,

2019. Disponível em: doi:10.1016/j.jcjq.2019.02.006. Acesso em: 06 ago. 2019.

VERGALES, J. *Et al.* Face-to-face handoff: improving transfer to the pediatric intensive care unit after cardiac surgery. **Am J Med Qual [Internet]**, v.30, n.2, p.119-125, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24443318>. Acesso em: 30 jul. 2019.

VINCENT, J. L. Give your patient a FAST HUG (at least) once a day. **Crit Care Med.**, v.33, n.6, p.1225-9, 2005. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15942334>. Acesso em: 22 jun. 2018.

VIEWNET. UTI do Hospital Aristides Maltez – Visita Multidisciplinar a beira leito. 2015. Disponível em: <https://viewnet.com.br/post.php?i=53>. Acesso em: 30 jan. 2019.

VIFLADT, A. *et al.* Changes in patient safety culture after restructuring of intensive care units: Two cross-sectional studies. **Intensive Crit Care Nurs [Internet]**, v.36, p.26-34, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2016.03.004>. Acesso em: 30 jul. 2019.

WEGNER, W. *Et al.* Educação para cultura da segurança do paciente: implicações para a formação profissional. **Esc Anna Nery [Internet]**. V.20, n.3, p.1-8, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160068>. Acesso em: 30 jul. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Patient Safety**. 2018. Disponível em: <https://www.who.int/patientsafety/en/>. Acesso em: 07 jun. 2018.

YILMAZ, Z.; GORIS, S. Determination of the patient safety culture among nurses working at intensive care units. **Pak J Med Sci.**, v.31, n.3, p.597-601, 2015. Disponível em: doi: 10.12669/pjms.313.7059. Acesso em: 30 jul. 2019.

ZIMMERMAN, J. E. *Et al.* Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE) IV: hospital mortality assessment for today's critically ill patients. **Crit Care Med.**, v.34, n.5, p.1297-310, 2006. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16540951>. Acesso em: 22 jun. 2019.

APÊNCIDES

APÊNDICE A - Formulário para coleta dos dados identificação e clínicos do paciente

IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE			
Identificação (iniciais): _____		Grupo: _____	
1. Gênero:			
1. Masculino	2. Feminino		
2. Qual a sua data de nascimento?			
____/____/____		Idade: _____	
DADOS CLÍNICOS			
1. Data de admissão			
____/____/____			
2. Unidade de procedência			
1. Enfermaria	2. Centro cirúrgico	3. Outro hospital	4. Outro:
3. Diagnóstico médico			
4. Outro agravo de saúde:		5. Desenvolveu lesão por pressão	
		1. Sim	2. Não
		3. admitido e alta com LPP	
6. Comorbidades:			
1. Sim	2. Quais?		3. Não
7. Valor do APACHE II nas primeiras 24h:			
8. Mortalidade Prevista			
9. Condição de saída			
1. Enfermaria	2. Transferência	3. Óbito	
10. Tempo de permanência na UTI:			
Dias			



APÊNDICE B – CHECKLIST PARA VISITA DIÁRIA MULTIPROFISSIONAL – UTI HU

PACIENTE:	Data ___/___/___	Data ___/___/___	Data ___/___/___
LEITO:			
DIAGNÓSTICO:	DIH _____	DIH _____	DIH _____
SEDO-ANALGESIA			
Em uso de sedativo? Qual _____	(S) (N) (NA)	(S) (N) (NA)	(S) (N) (NA)
Dose adequada?	(S) (N) (NA)	(S) (N) (NA)	(S) (N) (NA)
Interrupção diária da sedação?	(S) (N) (NA)	(S) (N) (NA)	(S) (N) (NA)
Recebe analgesia contínua ou intermitente em quantidade necessária para alívio da dor?	(S) (N) (NA)	(S) (N) (NA)	(S) (N) (NA)
Existe proteção ocular contra úlcera de córnea?	(S) (N) (NA)	(S) (N) (NA)	(S) (N) (NA)
SUPORTE VENTILATÓRIO			
Cabeceira entre 30-45°	(S) (N) (NA)	(S) (N) (NA)	(S) (N) (NA)
Troca gasosa eficaz?	(S) (N) (NA)	(S) (N) (NA)	(S) (N) (NA)
Oxigenoterapia?	(S) (N) (NA)	(S) (N) (NA)	(S) (N) (NA)
Necessidade de trocar ou retirar?	(S) (N) (NA)	(S) (N) (NA)	(S) (N) (NA)
Secreção das vias aéreas com aspecto infeccioso?	(S) (N) (NA)	(S) (N) (NA)	(S) (N) (NA)
Quantidade:	(P) (M) (G)	(P) (M) (G)	(P) (M) (G)
VM com pressão do cuff adequado em 25 -30 cmH2O	(S) (N) (NA)	(S) (N) (NA)	(S) (N) (NA)
Possibilidade de desmame?	(S) (N) (NA)	(S) (N) (NA)	(S) (N) (NA)
Ou extubação?	(S) (N) (NA)	(S) (N) (NA)	(S) (N) (NA)
Gasometria diária?	(S) (N) (NA)	(S) (N) (NA)	(S) (N) (NA)
Possibilidade de mobilização do paciente?	(S) (N) (NA)	(S) (N) (NA)	(S) (N) (NA)
ATENÇÃO NUTRICIONAL E COGNIÇÃO			
Tipo de dieta:	(ZERO) (NPT)	(ZERO) (NPT)	(ZERO) (NPT)
Possibilidade de substituir ou associar?	(NE) (VO) (S) (N) (NA)	(NE) (VO) (S) (N) (NA)	(NE) (VO) (S) (N) (NA)
Disfagia?	(S) (N) (NA)	(S) (N) (NA)	(S) (N) (NA)
Via alternativa de alimentação por disfagia?	(S) (N) (NA)	(S) (N) (NA)	(S) (N) (NA)
Aporte calórico adequado?	(S) (N) (NA)	(S) (N) (NA)	(S) (N) (NA)
Necessário parar dieta por intolerância (distensão/diarréia/ aumento do volume residual)?	(S) (N) (NA)	(S) (N) (NA)	(S) (N) (NA)
Se uso de IOT, higiene oral com solução a base clorexidine?	(S) (N) (NA)	(S) (N) (NA)	(S) (N) (NA)
Comunicação presente?	(S) (N) (NA)	(S) (N) (NA)	(S) (N) (NA)
Déficit de linguagem ou fala?	(S) (N) (NA)	(S) (N) (NA)	(S) (N) (NA)
PREVENÇÃO DE INFEÇÃO E LPP			
Presença de sinais flogísticos de dispositivos:	PAI CVC SVD	(S) (N) (NA) (S) (N) (NA) (S) (N) (NA)	(S) (N) (NA) (S) (N) (NA) (S) (N) (NA)
Prevenção para LPP.		(S) (N) (NA)	(S) (N) (NA)
Se presente, tratamento adequado?		(S) (N) (NA)	(S) (N) (NA)
Fixação adequada para:	SNE IOT	(S) (N) (NA) (S) (N) (NA)	(S) (N) (NA) (S) (N) (NA)
ATENÇÃO FARMACOLÓGICA			
() Controle glicêmico e () outros metabólicos?		(S) (N) (NA)	(S) (N) (NA)
Em profilaxia para úlcera gástrica?		(S) (N) (NA)	(S) (N) (NA)
Uso de antibiótico? Qual _____		(S) (N) (NA)	(S) (N) (NA)
Dose adequada?		(S) (N) (NA)	(S) (N) (NA)
Profilaxia para TVP?		(S) (N) (NA)	(S) (N) (NA)
ATENÇÃO PSICOLÓGICA			
(Paciente) Necessidade de assistência psicológica?		(S) (N) (NA)	(S) (N) (NA)
Enfrentamento adequado aos cuidados intensivos prestados?		(S) (N) (NA)	(S) (N) (NA)
Compreensão adequada do adoecimento?		(S) (N) (NA)	(S) (N) (NA)
(Família) Presença de rede de suportividade familiar ao paciente?		(S) (N) (NA)	(S) (N) (NA)
Reação adequada ao prognóstico clínico do paciente?		(S) (N) (NA)	(S) (N) (NA)
Compreensão do quadro clínico atual do paciente?		(S) (N) (NA)	(S) (N) (NA)

Baseado em Caldeira Filho e Westphal (2013). Legenda: (S-sim/ N-não/ NA-não se aplica/ DIH-dia de internação hospitalar/ IOT-intubação orotraqueal/ LPP-lesão por pressão/ PAI-pressão arterial invasiva/ CVC-cateter venoso central/ SVD- sonda vesical de demora/ SNE- sonda nasoenteral/ TVP-trombose venosa profunda/ P-pouco/ M-médio/G-grande/ NPT-nutrição parenteral/ NE-nutrição enteral /VO-via oral).

PLANO TERAPÊUTICO DIÁRIO

	ENFERMAGEM	MÉDICO	FISIOTERAPIA
Data ___/___/___			
Data ___/___/___			
Data ___/___/___			
Data ___/___/___	FONOAUDIOLOGIA	NUTRIÇÃO	PSICOLOGIA
Data ___/___/___			
Data ___/___/___			

Deve conter assinatura e carimbo profissional diária em cada plano terapêutico. Pesquisa: Efetividade de checklist na visita multiprofissional para melhoria dos Indicadores de Segurança do Paciente Crítico. Pesquisador: Anna Larissa Rego e Grazielle Roberta Freitas da Silva / PPGENF (84) 99601-7183.



APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO DE OPINIÃO SOBRE A LISTA DE VERIFICAÇÃO

Pesquisa: Efetividade de checklist na visita multiprofissional para melhoria dos Indicadores de Segurança do Paciente Crítico. Pesquisador: Anna Larissa de Castro Rego e Grazielle Roberta Freitas da Silva – Programa de pós-graduação em enfermagem/UFPI.

Como conclusão para mais uma etapa da pesquisa, convidamos a responder esse questionário a respeito da experiência com a utilização do checklist para a visita Multiprofissional. Obrigada por sua participação.

Gênero:					
() Masculino () Feminino					
Idade	Anos que trabalha em Unidade de Terapia Intensiva (UTI)			Anos que trabalha nesta UTI	
_____ anos	_____			_____	
Sua categoria profissional:					
() Enfermeiro(a)		() Téc. Enfermagem		() Fisioterapeuta	
() Psicólogo(a)		() Fonoaudiólogo(a)		() Nutricionista	
Nível máximo de pós-graduação:					
() Graduação		() Especialista/Residência		() Mestre	
() Doutor					
Assinale as afirmativas de acordo com sua opinião a respeito da temática abaixo:	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. Particpei efetivamente das visitas multiprofissionais guiadas pelo checklist.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Se desejar, escreva sua justificativa ou sugestão.					
2. Preenchi efetivamente os campos destinados no checklist e/ou plano terapêutico utilizados durante as visitas multi.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Se desejar, escreva sua justificativa ou sugestão.					
3. Os itens contidos no checklist são essenciais para tornar a discussão objetiva sobre o estado de saúde do paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Se desejar, escreva sua justificativa ou sugestão.					
4. Existem itens não abordados no check list.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Se desejar, escreva sua justificativa ou sugestão.					
5. Existem itens desnecessários contidos no checklist que abordem o estado clínico do paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Se desejar, escreva sua justificativa ou sugestão.					
6. Os domínios contidos (sedo-analgesia, suporte ventilatório, atenção nutricional e cognição, prevenção de	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Okimikmrr8

infecção e LPP, atenção farmacológica, atenção psicológica) no checklist apresentam-se em ordem adequada. Se desejar, escreva sua justificativa ou sugestão.					
Assinale as afirmativas de acordo com sua opinião a respeito da temática abaixo:	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente
7. As visitas multi despediam de um tempo prolongado. Se desejar, escreva sua justificativa ou sugestão.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. A visita multi guiada pelo checklist trouxe um resultado benéfico para o paciente. Se desejar, escreva sua justificativa ou sugestão.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. A atual dinâmica (beira leito, horário, médico diarista como orientador da visita) é adequada. Se desejar, escreva sua justificativa ou sugestão.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. A visita multi guiada pelo checklist contribuiu para aumentar sua compreensão sobre o quadro clínico apresentado pelo paciente. Se desejar, escreva sua justificativa ou sugestão.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. A visita multi guiada pelo checklist contribuiu de forma positiva na comunicação entre os profissionais. Se desejar, escreva sua justificativa ou sugestão.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
12. A comunicação hoje entre os profissionais na UTI é eficaz. Se desejar, escreva sua justificativa ou sugestão.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
13. É possível afirmar que a visita multi guiada pelo checklist contribui de alguma forma para aumentar segurança do paciente na UTI. Se desejar, escreva sua justificativa ou sugestão.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
14. Minha participação colaborou para o aumento a segurança do paciente. Se desejar, escreva sua justificativa ou sugestão.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

15. Se deseja esclarecer algum outro item, utilize este espaço para sua justificativa.



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – PPGEnf/CCS/UFPI
MESTRADO ACADÊMICO**

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) -DESTINADO A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Título do estudo: Efetividade de checklist na visita multiprofissional para melhoria dos Indicadores de Segurança do Paciente Crítico.

Pesquisador responsável: Anna Larissa de Castro Rego

Colaborador (a): Prof^a Dr^a Grazielle Roberta Freitas da Silva.

E-mail para contato: lala_rn@hotmail.com

Telefone para contato: (86) 3215-5881 (84) 99601-7183

O(A) Sr(a). é nosso convidado(a) para participar da pesquisa, que trata-se de um trabalho científico do tipo dissertação de mestrado, de forma totalmente voluntária. Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder as perguntas, é importante que compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Estamos a sua disposição para responder todas as suas dúvidas antes da sua decisão em participar. O(A) Sr(a). tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, retirando o seu consentimento, independente de justificativa, sem nenhuma penalidade.

Justificativa

A elaboração deste trabalho em âmbito científico irá acrescentar conhecimento as evidências relacionadas a temática. A aplicabilidade do checklist na prática tem o intuito de subsidiar recursos para melhoria da qualidade na assistência, e em consequência reduzir custos referentes aos serviços de saúde, de modo a proporcionar ao paciente o mínimo possível de danos e contribuir para sua recuperação no estado de saúde. Quanto ao caráter profissional, pretende-se o reconhecimento e percepção de valorização da relação sujeito-trabalho à medida que o instrumento proposto tem implicações diretas com um ambiente mais seguro. Os resultados provenientes e suas consequentes repercussões visa também a difusão no ensino para formação de futuros profissionais mais qualificados.

Objetivo geral

Analisar a efetividade de checklist na visita multiprofissional para melhoria dos indicadores de Segurança do Paciente crítico.

Objetivos específicos

- Caracterizar os participantes da pesquisa de acordo com variáveis sociodemográficas e clínicas;
- Verificar as múltiplas dimensões da cultura de segurança do paciente, nota de segurança e número de eventos adversos notificados nos últimos 12 meses pelos profissionais da UTI;
- Determinar a porcentagem de preenchimento das checklist pelos profissionais;
- Discutir a opinião da equipe multiprofissional quanto ao uso de um checklist;
- Comparar os dados clínicos dos pacientes entre o grupo comparação (antes) e grupo intervenção (durante)

a implementação da visita multiprofissional guiada pelo checklist;

- Comparar a média da incidência dos indicadores de segurança do paciente antes e durante a implementação da visita multiprofissional guiada pelo checklist.

Riscos

A sua participação nesta pesquisa envolve riscos mínimos como fadiga física, incômodo e desconforto que perpassa a experiência íntima de cada participante com seu estado de saúde, no entanto os benefícios do estudo superam os incômodos previstos pelos pesquisadores e de qualquer modo os pesquisadores se comprometem em manter a conduta de discrição, discernimento e ética.

Benefícios

Os benefícios referentes a execução da pesquisa serão a promoção de uma comunicação mais eficiente de modo a favorecer a melhoria da assistência, centrada e segura ao paciente participante, bem como empoderamento do conhecimento da equipe multiprofissional sobre a situação clínica do paciente.

O(A) Sr(a). não irá arcar com os custos dessa pesquisa, e mesmo que aja por qualquer motivo, asseguramos que diante dos mesmos, você será devidamente ressarcido. Não haverá nenhum tipo de pagamento por sua participação.

Sigilo

Os resultados obtidos no estudo serão utilizados para fins científicos (divulgação em revistas e em eventos científicos) e os pesquisadores se comprometem em manter o sigilo e anonimato da sua identidade, como estabelece a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº. 466/2012 que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Para qualquer outra informação, o(a) Sr(a). poderá entrar em contato com o pesquisador responsável, ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI, na Pró Reitoria de Pesquisa - PROPESQ, no Campus Universitário Ministro Petrônio Portella, Bairro Ininga, Teresina –PI, telefone (86) 3237-2332, e-mail cep.ufpi@ufpi.br.

Ciente e de acordo com o que fui anteriormente exposto, eu
 _____, aceito
 participar desta pesquisa, assino este consentimento em duas vias e fico com a posse de uma delas.

 Assinatura do participante

 CPF do participante

Pesquisadores:

 Anna Larissa de Castro Rego

 Prof. Dra. Grazielle Roberta Freitas da Silva

Teresina – PI, ____ de _____ de _____.



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO - MESTRADO EM ENFERMAGEM**

APÊNDICE E – TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS (TCUD)

Eu, Anna Larissa de Castro Rego (pesquisador responsável) e Grazielle Roberta Freitas da Silva (pesquisador participante) abaixo assinados, pesquisadores envolvidos no projeto de título: **“Efetividade de checklist na visita multiprofissional para melhoria dos Indicadores de Segurança do Paciente Crítico”**, nos comprometemos a manter a confidencialidade sobre os dados coletados nos prontuários, bem como a privacidade de seus conteúdos, como preconizam os Documentos Internacionais e a Resolução CNS nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Teresina, 21 de junho de 2018.

Anna Larissa de Castro Rego – 101800454-82

Grazielle Roberta Freitas da Silva – 878946963-15

ANEXO

Okimikmrr8

ANEXO A - PESQUISA SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE EM HOSPITAIS (HSOPSC)**Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais (HSOPSC)****Instruções**

Esta pesquisa solicita sua opinião sobre segurança do paciente, erros associados ao cuidado de saúde e notificação de eventos em seu hospital e tomará cerca de 10 a 15 minutos para ser preenchida.

Se não quiser responder uma questão, ou se uma pergunta não se aplicar a você, pode deixá-la em branco.

Um "Evento" é definido como qualquer tipo de erro, engano, falha, incidente, acidente ou desvio, independente se resultou ou não em dano ao paciente.

"Segurança do paciente" é definida como evitar e prevenir danos ou eventos adversos aos pacientes, resultantes dos processos de cuidados de saúde prestados.

SEÇÃO A: Sua área/unidade de trabalho

Nesta pesquisa, pense em sua "unidade" como a área de trabalho, departamento ou área clínica do hospital onde você passa a maior parte do seu tempo de trabalho ou na qual presta a maior parte dos seus serviços clínicos.

Qual é a sua principal área ou unidade neste hospital? Selecione UMA resposta.

<input type="checkbox"/> a. Diversas unidades do hospital/Nenhuma unidade específica	<input type="checkbox"/> h. Psiquiatria/saúde mental
<input type="checkbox"/> b. Clínica (não cirúrgica)	<input type="checkbox"/> i. Reabilitação
<input type="checkbox"/> c. Cirurgia	<input type="checkbox"/> j. Farmácia
<input type="checkbox"/> d. Obstetrícia	<input type="checkbox"/> k. Laboratório
<input type="checkbox"/> e. Pediatria	<input type="checkbox"/> l. Radiologia
<input type="checkbox"/> f. Setor de Emergência	<input type="checkbox"/> m. Anestesiologia
<input type="checkbox"/> g. Unidade de terapia intensiva (qualquer tipo)	<input type="checkbox"/> n. Outra, por favor, especifique:

Por favor, indique a sua concordância ou discordância com relação às seguintes afirmações sobre a sua área/unidade de trabalho.

Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital...	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. Nesta unidade, as pessoas apóiam umas às outras	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Temos pessoal suficiente para dar conta da carga de trabalho	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Os profissionais desta unidade trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital...	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente
6. Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Okimikmrr8

7. Utilizamos mais profissionais temporários /terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. Erros têm levado a mudanças positivas por aqui	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. É apenas por acaso, que erros mais graves não acontecem por aqui	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. Quando uma área desta unidade fica sobrecarregada, os outros profissionais desta unidade ajudam.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
12. Quando um evento é notificado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
13. Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
14. Nós trabalhamos em "situação de crise", tentando fazer muito e muito rápido	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
15. A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
16. Os profissionais se preocupam que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
17. Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
18. Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SECÃO B: O seu supervisor/chefe

Por favor, indique a sua concordância ou discordância com relação às seguintes afirmações sobre o seu supervisor/chefe imediato ou pessoa a quem você se reporta diretamente.

Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital ...	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhe mais rápido, mesmo que isso signifique "pular etapas"	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Com que frequência as situações abaixo ocorrem na sua área/unidade de trabalho?

Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital ...	Nunca	Raramente	Às Vezes	Quase sempre	Sempre
1. Nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Os profissionais têm liberdade para dizer ao algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

5. Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Os profissionais têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SECÃO D: Frequência de eventos relatados

Na sua área/unidade de trabalho no hospital, quando ocorrem os erros seguintes, com que frequência eles são notificados?

	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
1. Quando ocorre um erro, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente , com que frequência ele é notificado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Quando ocorre um erro, mas não há risco de dano ao paciente , com que frequência ele é notificado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Quando ocorre um erro, que poderia causar danos ao paciente , mas não causa, com que frequência ele é notificado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SECÃO E: Nota da segurança do paciente

Por favor, avalie a segurança do paciente na sua área/unidade de trabalho no hospital.

A B C D E
 Excelente Muito boa Regular Ruim Muito Ruim

SECÃO F: O seu hospital

Por favor, indique a sua concordância ou discordância com as seguintes afirmações sobre o seu hospital.

Pense no seu hospital...	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SEÇÃO F: O seu hospital (continuação)

Pense no seu hospital...	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente
5 É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade principal	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SEÇÃO G: Número de eventos notificados

Nos últimos 12 meses, quantas notificações de eventos você preencheu e apresentou?

- a. Nenhuma notificação d. 6 a 10 notificações
 b. 1 a 2 notificações e. 11 a 20 notificações
 c. 3 a 5 notificações f. 21 notificações ou mais

SEÇÃO H: Informações gerais

As informações a seguir contribuirão para a análise dos resultados da pesquisa.

1. Há quanto tempo você trabalha neste hospital?

- a. Menos de 1 ano d. 11 a 15 anos
 b. 1 a 5 anos e. 16 a 20 anos
 c. 6 a 10 anos f. 21 anos ou mais

2. Há quanto tempo você trabalha na sua atual área/unidade do hospital?

- a. Menos de 1 ano d. 11 a 15 anos
 b. 1 a 5 anos e. 16 a 20 anos
 c. 6 a 10 anos f. 21 anos ou mais

3. Normalmente, quantas horas por semana você trabalha neste hospital?

- a. Menos de 20 horas por semana d. 60 a 79 horas por semana
 b. 20 a 39 horas por semana e. 80 a 99 horas por semana
 c. 40 a 59 horas por semana f. 100 horas por semana ou mais

SEÇÃO H: Informações gerais (continuação)

4. Qual é o seu cargo/função neste hospital? Selecione UMA resposta que melhor descreva a sua posição pessoal.

- a. Médico do Corpo Clínico/Médico Assistente
- b. Médico Residente/ Médico em Treinamento
- c. Enfermeiro
- d. Técnico de Enfermagem
- e. Auxiliar de Enfermagem
- f. Farmacêutico/Bioquímico/Biólogo/Biomédico
- g. Odontólogo
- h. Nutricionista
- i. Fisioterapeuta, Terapeuta Respiratório, Terapeuta Ocupacional ou Fonoaudiólogo
- j. Psicólogo
- k. Assistente Social
- l. Técnico (por exemplo, ECG, Laboratório, Radiologia, Farmácia)
- m. Administração/Direção
- n. Auxiliar Administrativo/Secretário
- o. Outro, especifique _____

5. No seu cargo/função, em geral você tem interação ou contato direto com os pacientes?

- a. SIM, em geral tenho interação ou contato direto com os pacientes.
- b. NÃO, em geral NÃO tenho interação ou contato direto com os pacientes.

6. Há quanto tempo você trabalha na sua especialidade ou profissão atual? _____ anos

7. Qual o seu grau de instrução:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> a. Primeiro grau (Ensino Básico) Incompleto | <input type="checkbox"/> e. Ensino Superior Incompleto |
| <input type="checkbox"/> b. Primeiro grau (Ensino Básico) Completo | <input type="checkbox"/> f. Ensino Superior Completo |
| <input type="checkbox"/> c. Segundo grau (Ensino Médio) Incompleto | <input type="checkbox"/> g. Pós-graduação (Nível Especialização) |
| <input type="checkbox"/> d. Segundo grau (Ensino Médio) Completo | <input type="checkbox"/> h. Pós-graduação (Nível Mestrado ou Doutorado) |

8. Qual a sua idade? _____ anos

9. Indique o seu sexo:

- a. Feminino b. Masculino

SEÇÃO I: Seus comentários

Por favor, sinta-se à vontade para escrever qualquer comentário sobre segurança de paciente, erro ou relato de eventos no seu hospital. (Por favor, utilize o verso)

Obrigado por você completar este esquisa.



UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
MINISTRO PETRÔNIO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: IMPLEMENTAÇÃO DE UMA LISTA DE VERIFICAÇÃO PARA VISITA MULTIPROFISSIONAL: efeito na segurança ao paciente crítico

Pesquisador: Anna Larissa de Castro Rego

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 95774418.7.0000.5214

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUI

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

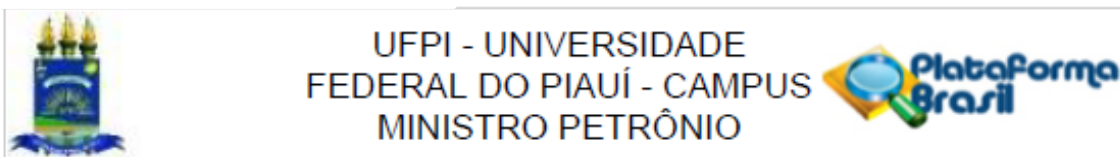
Número do Parecer: 3.000.763

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa intitulado "IMPLEMENTAÇÃO DE UMA LISTA DE VERIFICAÇÃO PARA VISITA MULTIPROFISSIONAL: efeito na segurança ao paciente crítico", que tem como pesquisador responsável o prof. (a) Anna Larissa de Castro Rego, como pesquisador assistente o Sr.(a) Grazielle Roberta Freitas da Silva.

Para o desenvolvimento da pesquisa, o pesquisador apresenta como justificativa que apesar da comunicação ser um importante instrumento no estabelecimento de um grupo coeso e indispensável para todos que cuidam de pacientes críticos, algumas fragilidades resultam na falha da sua efetivação como a desinformação, desestímulo, desconfiança, desencontro e desestabilidade. Assim, uma forma efetiva de superar esses obstáculos, garantir a capacidade de melhorar a segurança e a qualidade e de reduzir custos ao cuidado de pacientes críticos é o uso de listas de verificações, também conhecidos como checklists. A eficácia da aplicação de listas de verificação pode ser medida por meio de indicadores de segurança, que por sua vez, identificam ou monitorizam a ocorrência de incidentes, permitem a mensuração do nível de segurança em hospitais e apontam de forma direta problemas prioritários de melhoria, indicando no desenho do estudo a utilização da metodologia de estudo quase experimental, do tipo antes e depois, com desenvolvimento temporal prospectivo, em que se baseia nas recomendações adaptadas da OMS, quanto a

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



Continuação do Parecer: 3.000.763

construção de "Record review of current in-patients" (WHO, 2010).

Para o recrutamento o pesquisador convidará a equipe multidisciplinar que faz corrida de leito em um hospital de referência do estado para aplicar o questionário, bem como pacientes ou seus responsáveis.

São indicados como critérios de inclusão e exclusão, respectivamente:

Critério de Inclusão:

A população referente a pacientes será composta de pacientes internados na UTI. Para composição da amostra será considerado como critério de inclusão pacientes acima de 18 anos de ambos os sexos, com internação superior a 24 horas, uma vez que este intervalo de tempo possibilita a mensuração do Score de gravidade APACHE II.

Como critérios de exclusão farão parte pacientes internados com diagnóstico de doenças crônicas no estado terminal. Quanto a equipe multidisciplinar, serão incluídos toda população de médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e fisioterapeuta que trabalham nos cenários da pesquisa e participarão da visita multidisciplinar. Profissionais estes, constituintes da equipe mínima para atuação exclusiva na unidade de acordo com a resolução-RDC nº 7/2010 (BRASIL, 2010). De acordo com a estrutura organizacional de recursos humanos, e conversa prévia com coordenação da UTI, caso outros profissionais (como psicólogos, fonoaudiólogos, farmacêutico, odontólogo ou outros) possam se integrar a visita, serão incluídos. Assim, a amostra será selecionada de forma não probabilística e intencional. A fonte de dados das variáveis serão os prontuários dos pacientes.

Crítérios de exclusão:

todos os pacientes e equipe de saúde que não estejam de acordo com o critério de inclusão.

Assim, foi estabelecida para a pesquisa uma amostra de 80 participantes.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar o efeito da implementação de uma lista de verificação para visita multiprofissional na segurança ao paciente crítico.

Objetivo Secundário:

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa			
Bairro: Ininga		CEP: 64.049-550	
UF: PI	Município: TERESINA		
Telefone: (86)3237-2332	Fax: (86)3237-2332	E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br	



UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
MINISTRO PETRÔNIO



Continuação do Parecer: 3.000.763

Caracterizar quanto idade, sexo e aspectos clínicos dos pacientes críticos; Avaliar as múltiplas dimensões da cultura de segurança do paciente antes da implementação de uma lista de verificação; Calcular incidência dos indicadores de segurança antes e após implementação de uma lista de verificação; Verificar a associação entre os indicadores de segurança e aspectos clínicos dos pacientes antes e depois implementação de uma lista de verificação; Avaliar a opinião da equipe multiprofissional quanto ao uso de uma lista de verificação.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

os riscos serão mínimos e se relacionam principalmente, ao constrangimento do participante em responder algumas das perguntas que compõem o instrumento de coleta de dados. Além do mais, haverá cuidado com todas as informações coletadas, de modo a guardar-las em local seguro e impossibilitar que pessoas não ligadas à pesquisa tenha acesso as mesmas. Em caso de algum constrangimento, o participante será orientado a como proceder com o pedido para sua retirada da pesquisa. Ademais, a não adesão dos profissionais pelo uso da lista de verificação, dados incompletos contidos nos prontuários dos pacientes pode dificultar a coleta e análise dos dados.

Benefícios:

Os benefícios serão indiretos por meio da colaboração com a instituição, referentes a execução da pesquisa são a promoção de uma comunicação mais eficiente de modo a favorecer a melhoria da assistência, centrada e segura ao paciente, bem como empoderamento do conhecimento dos profissionais sobre a situação clínica do paciente.

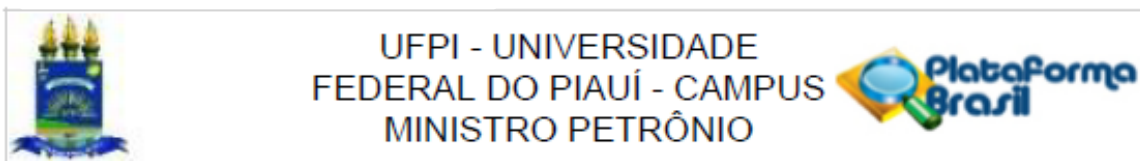
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Realizada a análise documental a partir da qual foi procedida a uma apreciação ética da pesquisa, restou evidenciada a sua pertinência e valor científico.

A metodologia escolhida para o desenvolvimento da pesquisa, tendo em vista as várias correntes metodológicas existentes, encontra-se em conformidade com os fins objetivados, ao tempo em que evidencia o respeito aos preceitos éticos orientadores de uma pesquisa envolvendo seres humanos.

Na elaboração do projeto de pesquisa ora em apreço, percebe-se a atenção do pesquisador no que concerne à situação de vulnerabilidade inerente à condição de participante que, respeitado em sua

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga **CEP:** 64.040-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



Continuação do Parecer: 3.000.763

individualidade, tem protegidas as suas dimensões física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural e espiritual.

Por fim, o pesquisador responsável é profissional experiente, como evidenciado pelo currículo anexado, sendo tal circunstância mais um instrumento de segurança conferida ao participante que estará devidamente amparado durante todo o desenvolvimento da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou toda a documentação exigida.

Recomendações:

Nenhuma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

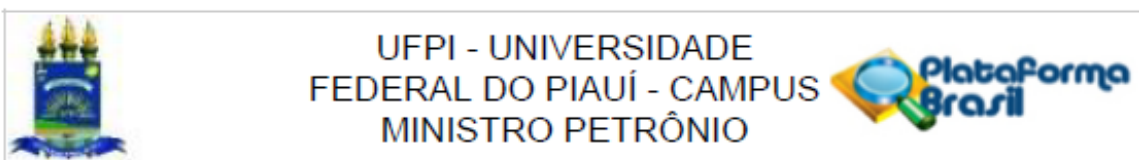
Uma vez atendidas as recomendações da CONEP, o projeto está aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1167678.pdf	31/10/2018 00:04:11		Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	31/10/2018 00:03:16	Anna Larissa de Castro Rego	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Annalarissa.pdf	30/10/2018 23:45:32	Anna Larissa de Castro Rego	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE equipemulti.pdf	30/10/2018 23:33:36	Anna Larissa de Castro Rego	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_pacientes.pdf	30/10/2018 23:33:06	Anna Larissa de Castro Rego	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_familiar.pdf	30/10/2018 23:31:05	Anna Larissa de Castro Rego	Aceito
TCLE / Termos de	TALE.pdf	30/10/2018	Anna Larissa de	Aceito

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
 Bairro: Ininga CEP: 64.049-550
 UF: PI Município: TERESINA
 Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br



Continuação do Parecer: 3.000.763

Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE.pdf	23:30:50	Castro Rego	Aceito
Outros	Carta_encaminhamento.pdf	13/08/2018 16:29:23	Anna Larissa de Castro Rego	Aceito
Outros	Curriculo_Anna_Larissa.pdf	07/08/2018 19:20:52	Anna Larissa de Castro Rego	Aceito
Outros	Instrumentos_coleta_dados.pdf	07/08/2018 19:18:34	Anna Larissa de Castro Rego	Aceito
Outros	Termo_confidencialidade.pdf	07/08/2018 19:17:28	Anna Larissa de Castro Rego	Aceito
Outros	Aprovacao_instituicao.pdf	07/08/2018 19:16:06	Anna Larissa de Castro Rego	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declracao_pesquisadores.pdf	07/08/2018 19:08:04	Anna Larissa de Castro Rego	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	07/08/2018 09:47:11	Anna Larissa de Castro Rego	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

TERESINA, 05 de Novembro de 2018

Assinado por:

Maria do Socorro Ferreira dos Santos
(Coordenador(a))

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga CEP: 64.049-550
UF: PI Município: TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br