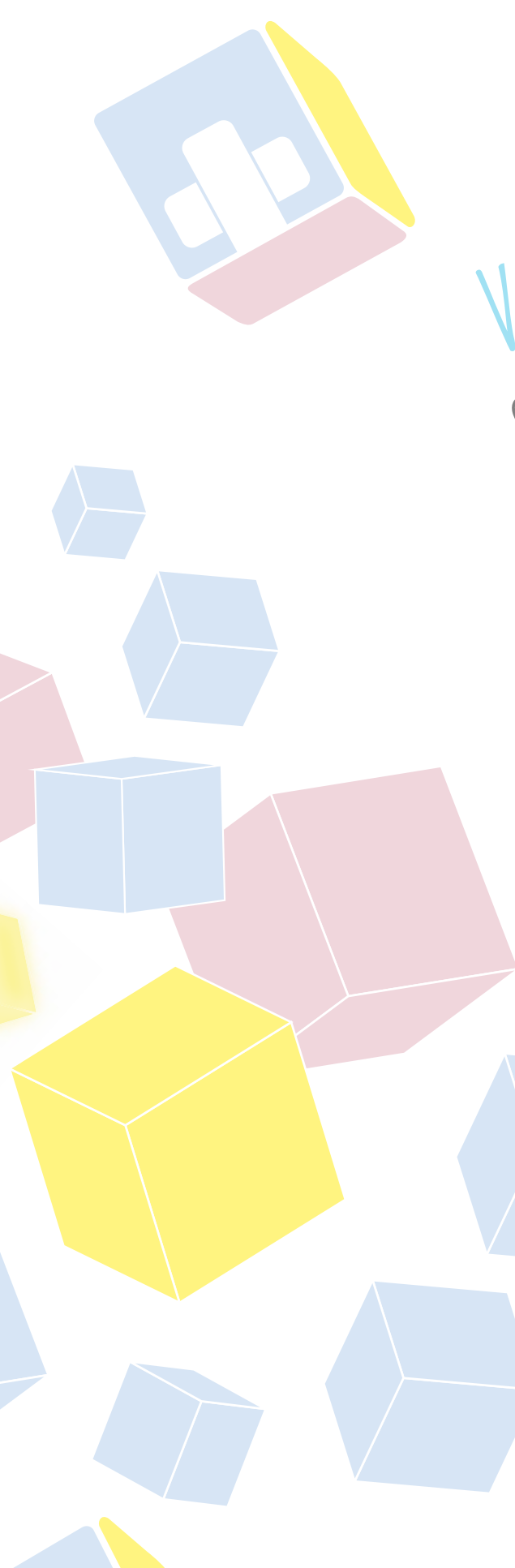


ANAIIS DO  
V SEMINÁRIO DE QUALIDADE E  
SEGURANÇA DA CTQS,  
IV FÓRUM DE SEGURANÇA DO  
PACIENTE DO HFSE E  
II SEMINÁRIO DE  
ERROS DE MEDICAÇÃO





MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Atenção à Saúde  
Departamento de Gestão Hospitalar no Estado do Rio de Janeiro



ANAIIS DO  
V SEMINÁRIO DE QUALIDADE E  
SEGURANÇA DA CTQS,  
IV FÓRUM DE SEGURANÇA DO  
PACIENTE DO HFSE E  
II SEMINÁRIO DE  
ERROS DE MEDICAÇÃO



Brasília – DF  
2017

2017 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <[www.saude.gov.br/bvs](http://www.saude.gov.br/bvs)>.

Tiragem: 1ª edição – 2017 – versão eletrônica

*Elaboração, distribuição e informações:*

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Atenção à Saúde  
Departamento de Gestão Hospitalar no Rio de Janeiro  
Hospital Federal dos Servidores do Estado  
Rua Sacadura Cabral nº 178  
CEP: 20221-161 – Rio de Janeiro/RJ  
Tel: (21) 2291-3131  
Site: <http://www.hse.rj.saude.gov.br/>  
E-mail: [seminario.ctqs.hfse@gmail.com](mailto:seminario.ctqs.hfse@gmail.com)

*Coordenação:*

Claudia Tavares Regadas

*Elaboração:*

Claudia Tavares Regadas

*Colaboração:*

Laura Tavares Regadas  
Pedro Souza

*Projeto gráfico e capa:*

Laryssa Cantanhede Rocha  
Márcio Fortes

*Editora responsável:*

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria-Executiva  
Subsecretaria de Assuntos Administrativos  
Coordenação-Geral de Documentação e Informação  
Coordenação de Gestão Editorial  
SIA, Trecho 4, lotes 540/610  
CEP: 71200-040 – Brasília/DF  
Tels.: (61) 3315-7790 / 3315-7794  
Site: <http://editora.saude.gov.br>  
E-mail: [editora.ms@saude.gov.br](mailto:editora.ms@saude.gov.br)

*Equipe editorial:*

Normalização: Delano de Aquino Silva  
Diagramação: Marcelo de Souza Rodrigues

---

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Gestão Hospitalar no Rio de Janeiro.

Anais do V Seminário de Qualidade e Segurança da CTQS, IV Fórum de Segurança do Paciente do HFSE e II Seminário de Erros de Medicação [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Gestão Hospitalar no Rio de Janeiro. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2017.

61 p. : il.

Modo de acesso: World Wide Web: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anais\\_v\\_seminario\\_qualidade\\_ctqs.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anais_v_seminario_qualidade_ctqs.pdf)>

ISBN 978-85-334-2511-8

1. Hospital. 2. Qualidade. 3. Segurança. I. Título.

CDU 614.21

---

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2017/0103

*Título para indexação:*

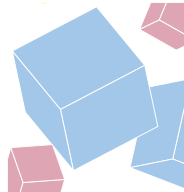
Proceedings of the 5th Seminar on Quality and Safety of CTQS, 4th Forum on Patient Safety of HSFE and 2nd Seminar on Medication Errors



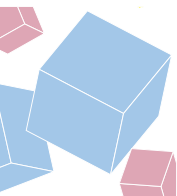
# SUMARIO



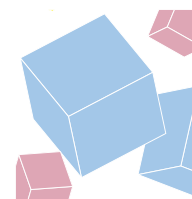
<b>APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>7</b>
NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE DO HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO .....	8
EVENTO CIENTÍFICO.....	8
Equipe de Realização do Evento .....	10
<b>RESUMOS.....</b>	<b>11</b>
1 RELATOS DE EXPERIÊNCIA.....	11
1.1 Comunicação Oral.....	11
1.1.1 Falando sobre quedas nas Rodas de Conversa.....	11
1.2 Pôster.....	12
1.2.1 Implantação de um Protocolo de Cirurgia Segura nos Serviços Ambulatoriais que Realizam Procedimentos Endoscópicos .....	12
1.2.2 Profilaxia de tromboembolismo venoso (TEV) em um hospital federal do Rio de Janeiro .....	14
1.2.3 A Implantação de um Núcleo de Segurança do Paciente num Hospital Militar: Relato de Experiência .....	15
1.2.4 Gerenciamento de Medicamentos Multidoses.....	16
1.2.5 Segurança do Paciente Através da Qualificação Profissional dos Maqueiros do Hospital Federal de Bonsucesso .....	17
1.2.6 O Uso da Seringa Dosadora na Administração de Medicamentos no Centro de Terapia Intensiva Pediátrica .....	18
1.2.7 Uso da Tecnologia Móvel para Notificação de Evento Adverso - Aplicativo NOTIFICA .....	19



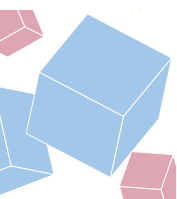
1.2.8	Estratégia da Terapia Ocupacional no Contexto dos Banheiros das Enfermarias do Hospital Federal de Bonsucesso para Facilitar Acessibilidade e Ambiência: Ação de Prevenção de Risco de Queda .....	20
1.2.9	Reconciliação Medicamentosa Multiprofissional na Admissão do Paciente de 1ª Hora .....	21
1.2.10	Mudança de Cultura Organizacional no Processo de Medicação Segura em uma Enfermaria Pediátrica: Relato de Experiência .....	22
1.2.11	Implantação do Time de Acesso Vascular em um Hospital no Rio de Janeiro	23
1.2.12	O Senso Crítico de Estudantes de Enfermagem na Implementação de Protocolos de Segurança do Paciente.....	24
2	TRABALHOS CIENTÍFICOS.....	26
2.1	Comunicação Oral.....	26
2.1.1	Mapeamento dos Eventos Adversos Notificados no Triênio (2013-2015) em um Hospital Oncológico .....	26
2.1.2	Manejo de Resíduos na Quimioterapia: Uma Revisão Integrativa .....	26
2.1.1.3	Avaliação das Prescrições de Medicamentos Antieméticos para Pacientes em Quimioterapia de um Hospital do Rio de Janeiro .....	27
2.2	Pôster.....	28
2.2.1	Queda de Pacientes num Hospital Federal do Rio de Janeiro - Um Estudo para Estruturar Medidas de Prevenção.....	28
2.2.2	Segurança do Paciente nas Unidades de Terapia Intensiva: Revisão Integrativa da Literatura.....	29
2.2.3	Confirmação da Identificação do Paciente na Administração de Medicamentos: Avaliação Situacional num Serviço de Emergência .....	30
2.2.4	Desenvolvimento de um Sistema Eletrônico para o Acompanhamento de Indicadores de Segurança do Paciente.....	31
2.2.5	Vigilância e Controle de Infecção do Sítio Cirúrgico Pós-Cesárea em Hospital Público Federal.....	32
2.2.6	Avaliação dos Cardioversores/Desfibriladores do Hospital Federal dos Servidores do Estado .....	32
2.2.7	Avaliação do Perfil de Utilização de Antimicrobianos na Sepse em um Centro de Terapia Intensiva de um Hospital Federal do Rio de Janeiro....	33
2.2.8	Queda do paciente: Análise dos Incidentes Notificados em um Hospital Federal do Rio de Janeiro.....	34
2.2.9	Análise de Incidentes a Partir da Implantação do Sistema de Notificação em uma Unidade de Terapia Renal Substitutiva .....	35
2.2.10	Limites e Fragilidades na Adesão ao Uso da Pulseira de Identificação em uma Unidade Cardiointensiva .....	36



2.2.11	A Importância da Segurança do Paciente Envolvida no Transporte Intra-Hospitalar .....	37
2.2.12	Fatores Associados à Adesão ao Tratamento de Pacientes com Diabetes Mellitus .....	37
2.2.13	Perfil Microbiológico de um Centro de Terapia Intensiva em um Hospital Federal no Rio de Janeiro.....	38
2.2.14	Índice de Complexidade da Farmacoterapia (ICFT) de Pacientes com Insuficiência Cardíaca de um Centro Especializado no RJ .....	39
2.2.15	Comunicação e Segurança na Transferência Interna de Pacientes .....	40
2.2.16	Construção do Processo de Mudanças Estruturais, de Segurança e Boas Práticas no Preparo de Medicamentos Injetáveis.....	41
2.2.17	Avaliação da Identificação das Prescrições de Pacientes Internados de um Hospital Federal Do Rio De Janeiro .....	42
2.2.18	Intervenções de Enfermagem para Clientes em Radioterapia – Revisão Integrativa.....	42
2.2.19	Análise Farmacoeconômica do Reaproveitamento de Medicamentos Antineoplásicos Injetáveis Reconstituídos .....	43
2.2.20	Análise de Compatibilidade Físico-Química e Administração Segura de Medicamentos Injetáveis em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica .....	44
2.2.21	Atenção Farmacêutica a Portadores de Hepatite C Crônica em Uso de Antivirais de Ação Direta (DAA) em um Hospital Federal no Rio de Janeiro .	45
2.2.22	Índice de Complexidade da Farmacoterapia para Pacientes com Insuficiência Cardíaca em um Hospital Universitário do Rio de Janeiro .....	46
2.2.23	Avaliação dos Custos de Esterilização de Compressas Cirúrgicas e Melhoria da Qualidade em Hospital Geral de Grande Porte.....	47
2.2.24	O Manejo de Resíduos Farmacológicos no Cenário Hospitalar: Uma Revisão Integrativa de Literatura .....	48
2.2.25	Monitoramento de Pacientes em Uso de Medicamentos Durante Internação em Hospital Ortopédico.....	48
2.2.26	Mudança na Identificação de Medicamentos com Nomes Semelhantes na Grafia ou Som em uma Farmácia Hospitalar .....	49
2.2.27	Intervenção Farmacêutica na Gestão dos Indicadores de Qualidade em Terapia Nutricional no Hospital Universitário Antônio Pedro .....	50
2.2.28	Padronização dos Atendimentos dos Diabéticos do Programa de Assistência ao Diabético do Hospital Federal de Bonsucesso .....	51
2.2.29	O Ambiente do Cuidado e a Segurança do Paciente Idoso Hospitalizado: Uma Revisão Integrativa para a Enfermagem .....	52



2.2.30	A Importância da Notificação para Segurança e Qualidade da Terapia Infusional .....	52
2.2.31	Administração de Medicamentos Intramusculares: Saberes da Equipe de Enfermagem.....	53
2.2.32	Uso da Crioterapia e Hidroterapia como Tecnologias para o Alívio da Dor Durante o Parto.....	55
2.2.33	Boas Práticas no Preparo e na Administração de Medicamentos Endovenosos: Contribuições para Segurança do Paciente.....	56
2.2.34	Preparo e Administração de Medicamentos por Via Subcutânea: O Saber da Equipe de Enfermagem .....	56
2.2.35	Aplicabilidade dos 9 Certos na Administração de Medicamentos em Hospital Oncológico .....	57
2.2.36	Projeto de Intervenção - Sala de Espera: a Importância da Informação para a Promoção da Saúde .....	58
2.2.37	Potenciais Interações Medicamentosas por Via Intravenosa: Análise de Prescrições em Terapia Intensiva.....	60
2.2.38	Saberes da Enfermagem sobre Administração Medicamentosa: Um Estudo Pautado na Segurança ao Paciente.....	60
2.2.39	Administração de Medicamentos por Sonda Enteral: Contribuições para a Prática Clínica da Enfermagem.....	61







# APRESENTAÇÃO



## CÂMARA TÉCNICA DE QUALIDADE E SEGURANÇA

A Câmara Técnica da Qualidade e Segurança (CTQS) foi criada em fevereiro de 2012 com o objetivo de propor, difundir e implementar processos e iniciativas para a melhoria da qualidade e segurança nos Hospitais Federais no Rio de Janeiro. Teve como proposta inicial e prioritária a implantação das Metas Internacionais de Segurança do Paciente preconizadas pela Organização Mundial da Saúde. Desde o lançamento do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) pela Portaria GM/MS nº529, de 1º de abril de 2013, e sua regulamentação pela ANVISA através da RDC nº36, de 25 de julho de 2013, a CTQS tem apoiado a estruturação de Núcleos de Segurança do Paciente e o desenvolvimento do Programa de Segurança do Paciente das Unidades Federais no Rio de Janeiro, através do gerenciamento do risco assistencial.

A CTQS realiza reuniões mensais de cunho científico, outras de caráter administrativo, além daquelas de apoio ao trabalho das unidades. Para desenvolver suas atividades de forma abrangente para a melhoria das práticas assistenciais, a CTQS tem atuado de forma integrada com outras Câmaras Técnicas do Departamento de Gestão Hospitalar (DGH) – Farmácia, CCIH, Prevenção e Tratamento de Feridas, e buscou a parceria com universidades – UNIRIO, UFF, UFRJ, UERJ, e com a Fiocruz, através do Instituto Nacional de Infectologia, do Instituto Fernandes Figueira e do Centro Colaborador PROQUALIS.

Desde a sua criação, a CTQS promove eventos sobre temas correlacionados com a qualidade do cuidado e a segurança do paciente, sendo os Seminários anualmente realizados os de maior abrangência. O último evento - V Seminário da Qualidade e Segurança da CTQS, IV Fórum de Segurança do Paciente do HFSE e II Seminário de Erros de Medicação, teve como tema A SEGURANÇA NO GERENCIAMENTO E USO DE MEDICAMENTOS.

A CTQS tem incentivado a produção de trabalhos científicos nas Unidades Federais do Rio de Janeiro desde 2012, e para isso, vem dando suporte através de Cursos, Oficinas e estimulando a divulgação através dos Seminários realizados. A cada ano vem crescendo o número de trabalhos inscritos e a qualidade dos mesmos. Dessa forma, esse ano de 2016, estamos publicando os Anais para maior divulgação e sensibilização para a produção científica.

Adelia Quadros Farias Gomes  
Coordenadora da CTQS

# NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE DO HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO

O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) do Hospital Federal dos Servidores do Estado (HFSE) foi oficialmente constituído e nomeado em Portaria interna em 18 de setembro de 2013, e encontra-se subordinado à Direção Geral. Tem a missão de promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente, baseado na Portaria MS Nº529/2013 e na RDC Nº36/2013 da ANVISA.

Trabalha em parceria com o Núcleo de Vigilância Hospitalar (NVH), Serviço de documentação e estatística médica, Divisão de ensino e pesquisa, Farmácia, e demais Comissões. Conta ainda com o apoio da Câmara Técnica da Qualidade e Segurança das Unidades Hospitalares Federais no Rio de Janeiro (CTQS).

O NSP/HFSE é formado por equipe multidisciplinar (enfermeiros, médico e assistente social) que desenvolve suas ações através de avaliações para o diagnóstico organizacional, e estabelecimento de planos de ação para a correção de não conformidades, objetivando minimizar os riscos de eventos adversos. Para tal, conta com a colaboração de grupos técnicos, formados por vários representantes estratégicos de diversos setores do hospital, convidados pela equipe do NSP, que atua como facilitadora do trabalho desses grupos. Anualmente é desenvolvido um plano de ação com objetivo de uniformização de condutas e práticas de segurança do paciente.

A equipe do NSP/HFSE participa ainda de outras instâncias de segurança do paciente para além do HFSE: Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente, na qual o HFSE está cadastrado com anuência da Direção, sendo representado pela Enf. Deise Luci Motta, coordenadora do NSP; e CTQS, desde sua criação em 2011. No biênio 2015-2017, a presidência desta Câmara Técnica está nas mãos do HFSE, representado pela Dra. Claudia Regadas, indicada pelos membros da referida CTQS e aprovada pelo Departamento de Gestão Hospitalar.

Desde sua formação o NSP/HFSE valoriza as atividades científicas, tendo promovido anualmente o Fórum de Segurança do Paciente do HFSE, espaço de educação e debate. Em função da presidência da CTQS, nos anos de 2015 e 2016, o evento foi combinado com o Seminário da Qualidade e Segurança da CTQS.

Equipe NSP/HFSE: Deise Luci Baptista Motta, Antônio Rocha, Claudia Tavares Regadas, Leonor Maria da Silva Gomes e Maria do Carmo Martins.

## EVENTO CIENTÍFICO

O evento conjunto: V Seminário da Qualidade e Segurança da CTQS, IV Fórum de Segurança do Paciente do HFSE e II Seminário de Erros de Medicação, realizado em 8 de novembro de 2016, no Centro de Estudos do Hospital Federal dos Servidores do Estado, teve como tema a “Segurança no Gerenciamento e Uso de Medicamentos”, e consolidou a promoção da atividade científica no âmbito da CTQS e das instâncias de segurança do paciente nas Unidades Hospitalares Federais no Rio de Janeiro. Desde o primeiro evento, além das atividades educacionais e espaço de debate, foi estimulada a produção científica, inicialmente das Unidades integrantes da CTQS e, progressivamente, de outros participantes.

O evento atual contou com mais de 250 participantes presenciais e transmissão por web conferência, realizada pela equipe do Núcleo de Telessaúde do HFSE, e divulgada para Portugal e outros países de língua portuguesa através da Escola Nacional de Saúde Pública de Nova Lisboa.

A programação incluiu a mesa redonda “Erros de Medicação” com moderação de Ana Paula Antunes, farmacêutica do HFSE, e reuniu Flávia Almeida, farmacêutica do Instituto Nacional de Cardiologia (INC), abordando a temática “Farmácia Clínica e Prevenção dos Erros de Medicação”; Renata Flavia Abreu, professora da Escola de Enfermagem da UNIRIO, que falou sobre “Preparo e Administração dos Medicamentos”; e Valter Maluly Filho, médico do HFSE, que abordou a temática “Segurança na Prescrição”. A abordagem multidisciplinar do mesmo tema trouxe visões complementares e enriqueceu a troca de ideias com a plateia. No período da tarde, foi realizado o painel interativo “Segurança no Gerenciamento e Uso de Medicamentos”, moderado pelos farmacêuticos Priscila Marietto (INCA), Cássio Pessanha (Hospital Federal Cardoso Fontes) e Flávia Valéria Almeida (INC). Participaram os especialistas multiprofissionais, Michele Mytsuiasu, farmacêutica do INC, Márcio Guimarães, médico do HFSE, e Liliana Amaral, enfermeira do Hospital Federal de Bonsucesso.

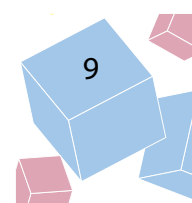
A Comissão Científica selecionou 56 trabalhos, nas categorias Trabalho Científico e Relato de Experiência. Esta última categoria tem por objetivo exercitar a transformação da prática do dia a dia em material científico e permitir a troca de experiências, não somente do que fazer, mas como fazer para que a proposta de melhoria se concretize. Todos os trabalhos versaram sobre Qualidade e Segurança na Assistência à Saúde. Os quatro melhores foram premiados com apresentação oral durante o evento, cuja moderação foi realizada pela presidente da CTQS, Claudia Regadas.

Esta obra apresenta, pela primeira edição, os resumos de trabalhos selecionados, permitindo o registro definitivo das atividades científicas desenvolvidas no âmbito da CTQS. A Comissão Organizadora agradece a atuação da bibliotecária do HFSE Ingrid Vianna Espinosa Rodrigues e toda equipe da Editora MS.

Divulgar conhecimento e promover debates acerca de Qualidade e Segurança em Saúde são os objetivos primordiais da CTQS, especialmente num espaço de troca ampla, com representantes não somente das Unidades integrantes da CTQS, mas também de outros hospitais públicos, privados e militares, além de universidades, com participação desde os alunos da graduação de múltiplas profissões da Área da Saúde.

A Comissão Organizadora agradece, também, o empenho de todos os participantes no evento, desejando que o mesmo tenha colaborado no fortalecimento da Cultura de Segurança do Paciente.

Claudia Tavares Regadas  
Presidente do Evento Científico



## Equipe de Realização do Evento

### **COORDENADOR DA COMISSÃO ORGANIZADORA:**

Claudia Tavares Regadas – Presidente da CTQS e Membro do NSP/HFSE

### **COMISSÃO ORGANIZADORA:**

Adélia Gomes Quadros – Coordenadora da CTQS/Departamento de Gestão Hospitalar  
Andrea Siodario – Hospital Federal de Ipanema  
Bianca Garcia – Hospital Federal do Andaraí  
Cássio Maia Pessanha – Hospital Federal Cardoso Fontes  
Célia Maria Andrade Bruno – Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia  
Deise Luci Baptista Motta – Hospital Federal dos Servidores do Estado  
Edna Pereira – Hospital Federal de Bonsucesso  
Eliane Abrantes – Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia  
Leonor Maria da Silva Gomes – Hospital Federal dos Servidores do Estado  
Luana Cardoso Pestana – Hospital Federal Cardoso Fontes  
Márcio Santos Fortes – Assessoria de Comunicação/Departamento de Gestão Hospitalar  
Maria do Carmo Martins – Hospital Federal dos Servidores do Estado  
Marília de Moraes Vasconcelos – Instituto Nacional de Cardiologia  
Marisol da Paz – Hospital Federal da Lagoa  
Priscila Helena Marietto Figueira – Instituto Nacional do Câncer

### **EQUIPE DE WEB CONFERÊNCIA DO NÚCLEO DE TELESSAÚDE DO HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO:**

Ana Cristina Carneiro Menezes Guedes  
Márcio Barbosa França  
Luiz Correa

**COORDENADOR DA COMISSÃO CIENTÍFICA:** Claudia Tavares Regadas – Presidente da CTQS e Membro do NSP/HFSE

### **COMISSÃO CIENTÍFICA:**

Cássio Maia Pessanha – Hospital Federal Cardoso Fontes  
Luana Cardoso Pestana – Hospital Federal Cardoso Fontes  
Marília de Moraes Vasconcelos – Instituto Nacional de Cardiologia  
Priscila Helena Marietto Figueira – Instituto Nacional do Câncer  
Sílvio César da Conceição – Universidade Federal do Rio de Janeiro

### **SECRETÁRIOS:**

Bianca Cristina Garcia da Silva  
Laura Tavares Regadas  
Pedro Souza  
Raimundo Nonato da Silva



# RESUMOS



## 1 RELATOS DE EXPERIÊNCIA

### 1.1 Comunicação Oral

#### 1.1.1 Falando sobre quedas nas Rodas de Conversa

**Autores:** Deise Luci B. Motta, Antônio Rocha, Daniella H. F. Linhares, Paula S. L. Lourenço, Adriana C. Coelho, Maria Teresa S. Tavares

**E-mail de contato:** [dlucimotta42@gmail.com](mailto:dlucimotta42@gmail.com)

**Contexto:** Trata-se de um relato de experiência sobre rodas de conversa como estratégia de educação permanente envolvendo a Meta Internacional de Segurança do Paciente, realizada pelo Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) do Hospital Federal dos Servidores do Estado.

**Problema:** Necessidade de divulgação e de transferência de conhecimento acerca da política de segurança do paciente entre os profissionais envolvidos no cuidado, onde a sua ausência possivelmente seja um fator contribuinte para subnotificações destes incidentes na Instituição.

**Avaliação do problema e análise das causas:** Observa-se que os profissionais ao identificarem a ocorrência de quedas, não percebem a necessidade de notificações ao NSP. O desconhecimento sobre a Norma Institucional de prevenção de quedas constitui uma das possíveis causas para o problema levantado. A roda de conversa introduz o colaborador como ator principal das ações de notificação e transmissão dos cuidados assistenciais.

**Envolvimento da equipe:** Após comunicação e agendamento prévio com as chefias dos setores foram realizados encontros com a equipe multiprofissional, iniciando com os plantões diurnos. Foram levantadas questões pertinentes às especificidades de cada clínica onde os profissionais trouxeram suas experiências e as ações presentes em sua rotina produzindo uma rica troca de saberes.

**Estratégia de melhorias:** Como estratégias para a melhoria nas notificações, foi divulgado o material impresso para a realização da mesma, assim como o caminho on-line na pasta pública; para a massificação da informação o NSP construiu um cartaz contendo orientações quanto à prevenção de quedas e um manual instrutivo para dinamizar as rodas de conversa.

**Intervenção:** Divulgação e treinamento do protocolo Institucional de prevenção de quedas; elaboração do manual instrutivo e fluxograma para avaliação do paciente quanto ao risco de quedas; disponibilização de folder informativo voltado para o paciente e acompanhante; e uso da pulseira amarela para identificação do risco nos pacientes com um ou mais fatores de risco.

**Medições de melhorias:** Monitoramento do preenchimento da avaliação do risco de queda contida na folha de Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e adesão das pulseiras amarelas pelo paciente avaliado com risco de queda pela equipe. Estas ações estão sendo introduzidas de forma gradativa após as rodas de conversa. Espera-se o aumento das notificações de quedas.

**Efeitos da mudança:** Criação de placa indicativa de identificação do risco de quedas no leito; uso de campanhas *wi-fii* para comunicação entre paciente e equipe profissional, interação entre o NSP e as equipes, informação ao paciente de sua avaliação de risco de queda com assinatura deste dando ciência da informação recebida.

**Lições aprendidas:** As medidas de educação permanente fomentaram a participação ativa e a troca de experiências. Proporcionou uma maior criação de vínculos e relações de confiança entre as equipes e o NSP. Os profissionais da assistência demonstraram engajamento na proposta e empoderamento com valorização da perspectiva de cada indivíduo na construção de soluções na prevenção de quedas.

**Conclusões:** As rodas de conversa promoveram um ambiente enriquecedor de trocas de experiências em que os profissionais se sentiram seguros para expor suas opiniões e sua vivência prática.

**Conflitos de interesse:** No presente estudo não há conflitos de interesse.

## 1.2 Pôster

### 1.2.1 Implantação de um Protocolo de Cirurgia Segura nos Serviços Ambulatoriais que Realizam Procedimentos Endoscópicos

**Autores:** Cássio M. Pessanha, Isabella B. Meireles, Luana C. Pestana, Renato P. Abelha, Rosária M. Serra, Telma A. Siqueira

**E-mail de contato:** cassiopessanha@gmail.com

**Contexto:** Em 2013 o Ministério da Saúde lança no Brasil o Programa Nacional de Segurança do Paciente, que institui o Protocolo para Cirurgia Segura com o objetivo de aumentar a segurança dos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos. É recomendada a aplicação do referido protocolo nos serviços endoscópicos, dentro ou fora do Centro Cirúrgico.

**Problema:** O fenômeno com o qual nos estranhamos nessa pesquisa consiste no fato de que os Serviços que realizam procedimentos endoscópicos ambulatoriais no âmbito de um hospital federal do Rio de Janeiro, até recentemente, não utilizavam um protocolo de cirurgia segura durante a realização dos procedimentos.

**Avaliação do Problema e Análise das Causas:** Os baixos índices de complicações descritas na literatura sugerem que os procedimentos endoscópicos não apresentem riscos significativos para o paciente. No entanto, comorbidades apresentadas pelos pacientes aliadas ao nível da complexidade dos procedimentos (incluindo a necessidade de sedação) tem demandado melhorias de infraestrutura, qualificação dos recursos humanos e implementação de rotinas visando práticas mais seguras.

**Envolvimento da Equipe:** O Núcleo de Segurança do Paciente da Unidade estudada propôs uma parceria com os serviços que realizam procedimentos endoscópicos para a adequação e implantação do referido protocolo. O Serviço de Pneumologia, que realiza Broncoscopia, foi escolhido como setor “Piloto” para desenvolver esta pesquisa-ação. A equipe multidisciplinar do serviço envolveu-se diretamente na elaboração das ações de melhoria, além de colaborar com a operacionalização das propostas.

**Estratégia de Melhoria:** Optamos pela pesquisa-ação, uma metodologia que nos permitiu a identificação dos problemas e elaboração de estratégias que serão implementadas e sistematicamente submetidas à observação, reflexão e mudanças, como preparação para a implantação do protocolo de cirurgia segura. Serão utilizadas estratégias para a sensibilização e fidelização da equipe envolvida no sentido de garantir maior segurança na realização dos procedimentos endoscópicos.

**Intervenções:** Melhorar a informação dada ao paciente adicionando orientações sobre o procedimento no formulário de marcação do exame e aplicando um Termo de Consentimento Informado. Melhorar os registros feitos pela equipe através da elaboração de formulários para avaliação/evolução do paciente no pré/trans/pós endoscopia e alta. Elaboração e aplicação da Lista de Verificação de Segurança Endoscópica - Checklist. Capacitação das equipes quanto ao tema Segurança do Paciente.

**Medições de Melhorias:** Utilizaremos como indicadores das melhorias: nível da sensação de segurança dos profissionais que realizam endoscopias, através da aplicação de um questionário baseado em uma Escala de Likert; percentual de serviços que aderiram ao protocolo em 01 ano; índice de incidentes notificados relacionados a procedimentos endoscópicos; análise quali e quantitativa do preenchimento dos formulários implantados.

**Efeitos da Mudança:** Os efeitos esperados a partir da implantação das novas rotinas seriam: Aumento da sensação de segurança dos profissionais que realizam endoscopias; Ampliação do número de serviços que aderiram ao protocolo em 01 ano; Redução da ocorrência de incidentes notificados relacionados a procedimentos endoscópicos; Adesão dos profissionais quanto ao preenchimento dos formulários implantados.

**Lições Aprendidas:** Ao utilizarmos a pesquisa-ação para implantar uma intervenção em um cenário de prestação de cuidados em saúde, tão específico quanto os serviços que realizam procedimentos endoscópicos, entendemos que a mudança de uma prática deve ser contínua e não ocasional. Devemos trabalhar regularmente para aprimorar os processos assistenciais e desenvolver práticas cada vez mais seguras nos serviços de saúde.

**Conclusões:** Após a primeira fase de implantação do referido protocolo, novos estudos serão necessários para avaliação dos indicadores e alinhamento dos processos assistenciais. Conscientizar os profissionais que toda prática assistencial por mais segura que seja, pode ser melhorada, é o maior desafio dos profissionais preocupados com a segurança do paciente.

**Conflito de Interesse:** Declaramos que no presente estudo não há conflito de interesse de ordem pessoal, comercial, acadêmico, político ou financeiro.



## 1.2.2 Profilaxia de tromboembolismo venoso (TEV) em um hospital federal do Rio de Janeiro

**Autores:** Claudia T.Regadas, Deise Luci B. Motta, Jackson Caiafa, Nelson Ooka

**E-mail de contato:** ctregadas@gmail.com

**Contexto:** O TEV é a causa de morte evitável mais comum no paciente hospitalizado. A indicação de profilaxia se baseia na alta frequência de complicações associadas e no fato da maioria dos pacientes ser oligo ou assintomática. O risco de embolia pulmonar fatal cai de até 5% para 0,15% quando o paciente recebe profilaxia com heparina por 7 dias.

**Problema:** Baixa adesão e grande variabilidade na profilaxia de TEV na instituição, refletindo baixo conhecimento dos profissionais sobre o impacto do TEV, e um distanciamento ente as recomendações baseadas em evidência científica e a prática clínica.

**Avaliação do problema e análise das causas:** Ausência de protocolo institucional para profilaxia de TEV, no contexto de início de desenvolvimento formal de protocolos assistenciais institucionais.

**Envolvimento da equipe:** Por demanda do núcleo de segurança do paciente (NSP) e com envolvimento direto da coordenação assistencial, o trabalho envolveu, inicialmente, uma equipe de múltiplas especialidades médicas, associando-se, posteriormente, profissionais de enfermagem e a chefia da farmácia.

**Estratégia de melhorias:** O grupo inicial reviu conceitos sobre TEV na literatura, incluindo diagnóstico, complicações, impacto na saúde, avaliação de risco e profilaxia. Realizou análises quanto ao perfil de risco de TEV nos pacientes da instituição e construiu um protocolo que contempla também a profilaxia recomendada. O NSP e a enfermagem realizaram a padronização de compra das bombas de compressão pneumática. A farmácia foi envolvida para aquisição e dispensação de medicamentos.

**Intervenção:** Organização de grupo multidisciplinar e multiprofissional para implementação de avaliação de risco e profilaxia de TEV em um hospital federal no Rio de Janeiro.

**Medições de melhorias:** A análise do perfil de pacientes quanto ao risco de TEV na instituição, identificou que 58% dos pacientes tinham risco elevado e 25%, moderado. Os fatores de risco mais frequentes foram câncer e idade avançada. A profilaxia medicamentosa para 100 pacientes TEV e custo estimado de 1/3 do custo de uma única internação para tratamento de embolia pulmonar, com potencial de prevenir 2 óbitos associados à TEV.

**Efeitos da mudança:** Proposta de constituir grupo multiprofissional de profilaxia de TEV focado na sustentabilidade do projeto. O protocolo institucional foi construído com base em evidências científicas e análise de viabilidade financeira. A avaliação de riscos será feita pela estratégia de Caprini e as propostas de profilaxia seguem as recomendações da 9ª edição do ACCP. O processo de aquisição de insumos foi iniciado.

**Lições aprendidas:** Basear-se em evidências científicas motivou o grupo. A análise do perfil de risco dos pacientes do hospital por diferentes instrumentos e o paralelo com a literatura permitiu a escolha de um instrumento que atende a grande variedade de pacientes desta unidade, assim como a avaliação de custos de implantação do programa.

**Conclusões:** A abordagem em equipe, com envolvimento da coordenação assistencial, foi essencial para elaborar o protocolo de avaliação do risco e profilaxia de TEV, e para providenciar os insumos necessários.

**Conflitos de interesse:** Os autores declaram não haver conflito de interesse.



### 1.2.3 A Implantação de um Núcleo de Segurança do Paciente num Hospital Militar: Relato de Experiência

**Autores:** Ana Maria S. Gomes, Fabrícia C. de Carvalho, Leonor M. S. Gomes

**E-mail de contato:** anaestrelagomes@yahoo.com.br

**Contexto:** Relato de experiência sobre projeto de implementação do Programa de Segurança do Paciente (PSP) um hospital militar do Exército Brasileiro localizado no município de Resende-RJ. A elaboração de protocolos de prevenção com vistas as Metas Internacionais de Segurança do Paciente (MISP) objetiva reduzir riscos de dano aos pacientes.

**Problema:** A partir da criação da portaria MS/GM nº529/2013, houve a necessidade de alinhamento das diretrizes técnicas relacionadas a medidas de proteção, promoção e mitigação dos incidentes associados à assistência à saúde com a referida política.

**Avaliação do problema e análise das causas:** O diagnóstico situacional realizado pela equipe apontou a ausência de uma cultura de segurança que pode culminar na ocorrência de diversos tipos de falhas técnicas no dia-a-dia dos profissionais de saúde, com prejuízos ao paciente.

**Envolvimento da equipe:** Em setembro de 2016, foi criado o Núcleo de Segurança do Paciente do Hospital Militar de Resende composto por uma equipe multidisciplinar: Medicina, Enfermagem, Farmácia e Odontologia.

**Estratégias de melhorias:** Utilizaram-se as ferramentas de gestão 5W2H e *brainstorming* para construção de estratégias adequadas à realidade da instituição. Ocorreu a estruturação da Comissão Multiprofissional de Gerenciamento de Risco e Segurança do Paciente.

**Intervenção:** Foi iniciado um processo de educação permanente por membros da comissão a todos os profissionais de saúde deste hospital, por meio de divulgação das normas e reuniões científicas acerca das metas de segurança. A comissão criou Grupos de Trabalho para discutir estratégias de implementação de ações baseadas nas metas de segurança do paciente.

**Medições de melhorias:** Definidos os seguintes indicadores para monitoramento inicial pelo PSP no hospital: Avaliação da cultura de segurança do paciente no hospital, Pesquisa sobre a técnica de Higiene das mãos – conformidade da equipe com protocolos para o uso de adornos, Taxa de quedas de pacientes, Taxa de Úlcera de decúbito, Taxa de Infecção de ferida pós-operatória, Notificação de evento adverso relacionado a medicamento.

**Efeitos da mudança:** Ocorreu o envolvimento das pessoas para a mudança, baseada numa cultura de segurança que permite a conformidade com padrões de qualidade e segurança.

**Lições aprendidas:** A implantação do PSP nesta instituição, que apesar de possuir característica própria de rigidez em sua estrutura que poderia ser óbice a mudanças, permitiu identificar situações e eventos subnotificáveis passíveis de prevenção por meio de readequação da infraestrutura física e educação permanente para os profissionais de saúde civis e militares.

**Conclusões:** A implementação do núcleo de segurança na referida instituição, contribuirá para fortalecer práticas seguras e desenvolver uma cultura de segurança, buscando analisar e avaliar a ocorrência de eventos adversos, envolvendo os colaboradores para prevenção de incidentes, com base nas metas de segurança do paciente.

**Conflitos de Interesse:** Não existe.

## 1.2.4 Gerenciamento de Medicacões Multidoses

**Autores:** Dárcia L. e Silva, Micaelle A. B. Ferreira, Samara L. dos Santos

**E-mail de contato:** silvadarci@gmail.com

**Contexto:** Durante avaliação dos processos das unidades evidenciamos a fragilidade do monitoramento e controle dos medicamentos multidoses, relacionado ao armazenamento correto, quantidade dispensada, validade após aberto e falta de acompanhamento na administração desses medicamentos.

**Problema:** Excesso de medicamentos armazenados nos postos de forma inadequada, controle da quantidade, e da qualidade dos medicamentos.

**Avaliação do problema e análise das causas:** Dispensação pelo almoxarifado sem controle de qualidade e quantidade dispensada a cada unidade; Inexistência de cotas das unidades; Controle de validade, armazenamento e qualidade ineficiente.

**Envolvimento da equipe:** Observamos uma boa interação entre a equipe de enfermagem quanto ao estabelecimento das cotas e o apoio na inspeção de subestoque. Em contra partida a farmácia orientando a equipe quanto ao armazenamento, e o uso adequado dos fármacos.

**Intervenção:** Estabelecer as cotas por unidade, a dispensação que era feita pelo almoxarifado foi redirecionada para a farmácia, inspeção de subestoque semanal pelo farmacêutico e gestor da unidade.

**Medições de melhorias:** Através dos relatórios de consumo por unidade e o relatório semanal da inspeção de subestoque e as notificações relacionadas a medicamentos. Foi verificado que o controle dos fármacos multidoses melhorou em 70%.

**Efeitos da mudança:** Dispensação de multidoses de acordo com a necessidade de cada unidade, redução no número de medicamentos armazenados no setor proporcionando um controle de qualidade, validade e uso racional dos medicamentos, busca ativa pelo farmacêutico nas unidades aproximando esse profissional do corpo de enfermagem orientando sobre o uso e guarda correta dos medicamentos. Maior interação e melhor entendimento do papel do Núcleo de Segurança nas unidades, buscando sempre orientar e educar os profissionais sobre a importância de gerenciar, administrar e monitorar da forma correta os medicamentos.

**Lições aprendidas:** A equipe de enfermagem é quem realiza a administração de medicamentos e o farmacêutico é o profissional que tem todo o conhecimento desde a manipulação até o descarte desses fármacos, entretanto, no dia a dia são profissionais que não interagem como deveriam. A implantação das medidas de intervenção aproximou o farmacêutico e a equipe de enfermagem proporcionando momentos semanais para troca de experiências e conhecimentos.

**Conclusões:** Para manter a qualidade dos medicamentos foi necessário propiciar condições ambientais de armazenamento seguro, controle de qualidade e validade mais rigoroso. A área de atuação do farmacêutico não deve se limitar ao controle de estoque e dispensação dos medicamentos, devendo atuar também na promoção de conhecimento aos outros profissionais de saúde, visando o monitoramento das técnicas de administração correta das multidoses.

**Conflitos de interesse:** Controle maior de multidoses pela farmácia reduzindo o número excessivo de medicamentos nos postos de enfermagem, além da vigilância ativa pelo farmacêutico.

### 1.2.5 Segurança do Paciente Através da Qualificação Profissional dos Maqueiros do Hospital Federal de Bonsucesso

**Autores:** Patrícia F. Britto, Maria Lucia Rosa

**E-mail de contato:** patriciafernandesbritto@gmail.com

**Contexto:** A busca da qualidade e segurança da assistência hospitalar atual tem, entre seus objetivos, assegurar ao paciente cada vez melhores condições de assistência, diagnóstico e terapêutica, e de garantir a segurança profissional. O cuidar em saúde é responsabilidade de todos que atuam na atuação à saúde.

**Problema:** As quedas são eventos adversos frequentes de casualidade múltipla, relacionados tanto ao usuário, quanto ao meio ambiente e ao transporte. Agir e orientar as medidas preventivas são considerados uma conduta de boa prática nos hospitais. Os riscos de queda elevam-se durante as internações quando os usuários são transportados.

**Avaliação do problema e análise das causas:** As quedas são eventos adversos frequentes de casualidade múltipla, relacionados tanto ao usuário, quanto ao meio ambiente e ao transporte. Agir e orientar as medidas preventivas são considerados uma conduta de boa prática nos hospitais. Os riscos de queda elevam-se durante as internações quando os pacientes estão medicados, fragilizados e algumas vezes no transporte.

**Envolvimento da equipe:** Para desenvolver este curso contamos com o olhar diferenciado da enfermagem, terapia ocupacional, fisioterapia, engenharia e hotelaria (maqueiros) indiretamente facilitando o trabalho de toda a equipe multiprofissional.

**Estratégia de melhorias:** Facilitar o acesso e criar condições no ambiente, reparar e adequar os equipamentos utilizados e qualificar os profissionais maqueiros em relação ao transporte seguro. Evitar e observar qualquer obstáculo que possa levar à queda como pisos com desníveis, escorregadios e obstáculos nas áreas de circulação. Quanto aos equipamentos do transporte devem estar em condições de uso e contar com uma manutenção constante.

**Intervenção:** Como a queda é um evento multifatorial e sua prevenção deve ser feita com medidas no que se refere a um ambiente seguro e na realização do transporte seguro pelo profissional, a qualificação destes profissionais visa assegurar a identificação correta do paciente para realização do transporte do mesmo, manter a integridade do paciente, evitando o agravamento de seu quadro clínico, através da prevenção do risco de queda.

**Medições de melhorias:** Problemas identificados sugestões 1. Quando o paciente chega ao hospital de transporte público ou por meios próprios, quem é responsável por pegar o paciente e encaminhar para a emergência? Definir fluxo para o encaminhamento do paciente. Elaborar pop. Realizar treinamento para fluxo e pop. 2. Condições adequadas para o transporte de paciente.

**Efeitos da mudança:** Com a qualificação e valorização profissional busca-se reduzir a ocorrência de quedas por meio de medidas que garantam o transporte e as transferências seguras, lembrando-se da importância da postura correta nessas ações tanto do usuário quanto dos maqueiros, não podendo esquecer-se dos profissionais de saúde que auxiliam.

**Lições aprendidas:** O treinamento para qualificação dos maqueiros viabilizou o intercambio e favoreceu a relação entre as equipes.

**Conclusões:** Percebe-se a necessidade de mudanças aparentemente simples no lidar com os usuários em relação ao seu deslocamento, uma atenção específica para toda a equipe de saúde

e da capacitação, sensibilização e valorização dos profissionais que realizam este transporte. A necessidade da realização de treinamento e qualificação dos maqueiros para assegurar o transporte seguro com eficiência e humanização.

**Conflitos de interesse:** Não há.

### *1.2.6 O Uso da Seringa Dosadora na Administração de Medicamentos no Centro de Terapia Intensiva Pediátrica*

**Autores:** Juliana M. R. M. Cardoso, Ana Cristina R. da Cruz

**E-mail de contato:** julianahfse@gmail.com

**Contexto:** Este relato de experiência está inserido no contexto da segurança do paciente que ascendeu como temática de discussão com a elaboração do Programa Nacional de Segurança do Paciente em 2013. Destaca-se também a questão da prática da terapia medicamentosa realizada com crianças em cuidados intensivos.

**Problema:** Dentre as ações de promoção da segurança do paciente, ressalta-se as boas práticas de funcionamento dos serviços de saúde. Considerando que, em cuidados intensivos, a maioria dos procedimentos realizados pela equipe de enfermagem, está relacionado à prática da terapia medicamentosa.

**Avaliação do problema e análise das causas:** A partir da cultura de segurança e na tentativa de evitar eventos adversos relacionados à terapia medicamentosa. Observamos que as seringas utilizadas para administração de medicamentos por via endovenosa, nasoenteral, nasogástrica, subcutânea, intramuscular e oral eram de mesma coloração e características físicas.

**Envolvimento da equipe:** Foi proposto para os enfermeiros do setor a utilização das seringas dosadoras durante o processo de diluição diária de medicamentos por via nasoenteral, nasogástrica e oral, procedimento este, realizado exclusivamente pelo mesmo no setor. A nova proposta foi rapidamente aceita e aplicada pelos enfermeiros que auxiliaram na orientação dos outros profissionais da equipe de enfermagem quanto aos bene

**Estratégia de melhorias:** A utilização das seringas dosadoras para administração de medicamentos por via nasoenteral, nasogástrica e oral pela equipe de enfermagem com a finalidade de prevenção de eventos adversos, garantia de qualidade e promoção da segurança do paciente.

**Intervenção:** Após contato prévio com o setor de almoxarifado a fim de solicitar o material necessário para implementação da prática. Foi disponibilizado na sala de medicação do centro de terapia intensiva pediátrica seringas dosadoras de 5 ml e 10 ml, ambas com bico que não se encaixa nos dispositivos endovenosos e de coloração azul.

**Medições de melhorias:** Os enfermeiros aderiram em sua totalidade o uso das seringas dosadoras na diluição e administração de medicamentos por via nasoenteral, nasogástrica e oral.

**Efeitos da mudança:** A mudança foi positiva, pois não foi observado nenhum caso de evento adverso relacionado ao erro na via de administração de medicamentos no centro de terapia intensiva pediátrica.

**Lições aprendidas:** Aprendemos que o trabalho em equipe é fundamental para que possamos alcançar resultados positivos e melhoria das práticas de assistência à saúde dos pacientes.

**Conclusões:** Concluímos que, a gestão de risco deve ser feita considerando as peculiaridades de cada

área de atuação e valorizando os relatos dos profissionais que se encontram no cuidado direto ao paciente. De modo, que haja garantia de qualidade no atendimento prestado a clientela e promoção contínua da cultura de segurança.

**Conflitos de interesse:** Não há conflito de interesse neste relato de experiência.

### *1.2.7 Uso da Tecnologia Móvel para Notificação de Evento Adverso - Aplicativo NOTIFICA*

**Autores:** Flavio L. Magalhães

**E-mail de contato:** flaviolimamagalhaes@globo.com

**Contexto:** Eventos adversos impactam negativamente na qualidade do serviço prestado ao paciente e uma porção importante destes está relacionada a medicamentos. O problema se torna ainda mais preocupante considerando o envelhecimento da população e ser esta população justamente uma das mais expostas a eventos adversos.

**Problema:** Complexidade em gerir de forma adequado eventos adversos, incluindo aqueles relacionados a medicamentos devido à baixa taxa de notificação, por medo de exposição, retaliação, falta de acesso à ferramenta, etc.

**Avaliação do problema e análise das causas:** A partir das notificações, pode-se utilizar matrizes de priorização para organizar a análise de cada evento.

**Envolvimento da equipe:** Criação de sistema de notificação de eventos adversos para tecnologia móvel, aberto a qualquer usuário do sistema de saúde.

**Estratégia de melhorias:** Após a implementação do sistema, corpo gestor ligado à qualidade e segurança analisará as notificações, buscando identificar falhas na cadeia de prestação do serviço.

**Intervenção:** Implementar o sistema na unidade de saúde, independente da sua complexidade. Iniciar o movimento de conscientização de uma cultura de qualidade e segurança, no lugar de uma cultura que buscava culpabilidade. Uma vez feita a notificação anônima, o gestor a analisará e tomará as medidas corretivas e preventivas cabíveis, além de ser capaz de dar feedback direto ao usuário.

**Medições de melhorias:** Os eventos adversos já estão categorizados e a informação criada pode ser aplicada na análise de indicadores.

**Efeitos da mudança:** Não só será possível perceber um uso mais racional de medicamentos, a medida que eventos adversos são prevenidos, como também os profissionais de saúde e pacientes começarão a adotar uma postura pró-ativa frente aos eventos adversos.

**Lições aprendidas:** A mudança da cultura de culpabilidade para a de qualidade aliada a um líder gestor é fundamental na diminuição de eventos adversos preveníveis. A análise da informação gerada por um novo canal de comunicação entre usuário e gestor permite priorizar, de forma individualizada em cada unidade de saúde, a implementação de medidas corretivas e preventivas.

**Conclusões:** É impossível gerir aquilo que não se conhece. O aplicativo NOTIFICA foi criado para tornar o usuário do sistema de saúde ativo no planejamento do cuidado à saúde, ao mesmo tempo em que cria informação para o gestor redesenhar os processos internos relacionados ao atendimento do paciente.

**Conflitos de interesse:** Não conflitos de interesse..

### *1.2.8 Estratégia da Terapia Ocupacional no Contexto dos Banheiros das Enfermarias do Hospital Federal de Bonsucesso para Facilitar Acessibilidade e Ambiência: Ação de Prevenção de Risco de Queda*

**Autores:** Maria Lucia R. Quinta, Liliana R. do Amaral

**E-mail de contato:** luciarosaquinta@oi.com.br

**Contexto:** Para o terapeuta ocupacional o ambiente oferece o contexto onde todos os papéis são desempenhados. Incluímos no plano de tratamento a adoção de ação de melhoria da ambiência e acessibilidade nos banheiros desta unidade hospitalar das enfermarias como estratégia para evitar quedas, pois alguns usuários permanecem por um período internados, apresentando limitações temporárias ou permanentes.

**Problema:** Na maioria dos banheiros das enfermarias desta unidade hospitalar não havia medidas de segurança, dificultando a acessibilidade e segurança dos usuários, podendo agravar suas condições de saúde com o risco de queda.

**Avaliação do problema e análise das causas:** As quedas são eventos adversos frequentes de casualidade múltipla, relacionados às diversas etiologias e fatores ligados tanto ao usuário, quanto ao meio ambiente e questões sociais. Agir e identificar os fatores de risco modificáveis e orientar as medidas preventivas é considerado uma conduta de boa prática nos hospitais, sendo considerado um dos indicadores de qualidade na assistência. Os riscos de queda elevam-se durante as internações quando os pacientes estão medicados, fragilizados e em ambientes que não lhes são familiares e não adaptados. Além dos danos, a queda aumenta o tempo de permanência hospitalar e os custos assistenciais e legais.

**Envolvimento da equipe:** Para operacionalizar esta estratégia da Terapia Ocupacional contamos com o olhar da enfermagem, engenharia, indiretamente ajudamos o trabalho de toda a equipe multiprofissional na redução de quedas dando maior independência e autonomia aos usuários, favorecendo seu autocuidado e recuperação.

**Estratégias de melhoria:** A estratégia utilizada pela equipe da Terapia Ocupacional para evitar queda é a de facilitar o acesso e criar condições no ambiente dos banheiros das enfermarias, com adaptações ambientais. Qualquer obstáculo pode levar à queda e torna-se uma situação de risco como pisos com desníveis, escorregadios, iluminação insuficiente, objetos deixados no chão, com obstáculos nas áreas de circulação, ausência de barras protetoras, calçados inadequados sem antiderrapante.

Ter ações que facilitem a acessibilidade como evitar as barreiras do ambiente, com ações simples mas eficazes, dispor de auxílios que facilitem o desempenho ocupacional e que eliminem ou melhorem as barreiras do ambiente dos banheiros das enfermarias como: instalação de rampas, barras de apoio no box, vaso sanitário e lavatório, instalação de pisos antiderrapantes, adequação da iluminação.

**Intervenção:** Como a queda é um evento multifatorial e sua prevenção deve ser feita com medidas no que se refere a um ambiente seguro, qualquer obstáculo pode levar a queda e o usuário ficar em situação de risco como os pisos com desníveis, escorregadios, a iluminação insuficiente, a ausência de barras protetoras nos banheiros, área de circulação com objetos e calçados inadequados sem antiderrapante.

Instalar facilitadores e ajustes no ambiente para acessibilidade do acesso e criação de condições de segurança no ambiente dos banheiros das enfermarias para reduzir os acidentes e aumentar a independência e autonomia, e facilitar os processos de trabalho da equipe nos cuidados.



**Medições de melhoria:** Instalação de adaptações ambientais como: rampas, barras de apoio no box, vaso sanitário e lavatório, instalação de pisos antiderrapantes, adequação da iluminação e educação do usuário para que use calçados com sola antiderrapante.

**Efeitos de Mudança:** Reduzir a ocorrência de queda nos banheiros das enfermarias, por meio de medidas que garantam ambiente seguro com facilitadores do ambiente.

**Conclusões:** As mudanças aparentemente simples podem mudar o estar em uma enfermaria e ter grande impacto na independência e autonomia do usuário internado, bem como facilitar as atividades de auto cuidado do usuário e os processos de trabalho da equipe.

**Conflitos de Interesses:** O não entendimento da importância desses ajustes e adaptações nos banheiros pelos gestores e trabalhadores.

### *1.2.9 Reconciliação Medicamentosa Multiprofissional na Admissão do Paciente de 1ª Hora*

**Autores:** Dárcia L. e Silva, Micaelle A. B. Ferreira, Samara L. dos Santos

**E-mail de contato:** silvadarci@gmail.com

**Contexto:** Durante processo de avaliação evidenciamos que os profissionais não dispensavam a devida atenção aos medicamentos de uso próprio do paciente, além de monitorar a guarda, validade, integridade e uso desses medicamentos e a sinalização entre os profissionais envolvidos no cuidado.

**Problema:** Ausência de reconciliação medicamentosa na urgência e emergência além da falta de interação entre médico emergencista, enfermagem da emergência e farmacêutico.

**Avaliação do problema e análise das causas:** Falha no monitoramento dos medicamentos de uso contínuo pela equipe da emergência. Ausência de reconciliação medicamentosa na urgência e emergência.

**Envolvimento da equipe:** Na admissão do paciente havia uma lacuna na comunicação e interação entre os profissionais médicos, enfermeiros e farmacêuticos para realizar a reconciliação das medicações prescritas e medicações de uso do paciente. Entretanto ao pontuar essa questão com a equipe percebemos um empenho em busca de melhoria nesse processo assistencial, engajamento de médicos na discussão buscando medidas para intervir de forma positiva como o item de prescrição médica para reconciliação medicamentosa, além da participação do farmacêutico e da equipe de enfermagem na elaboração do termo de responsabilidade.

**Intervenção:** Criação do termo de responsabilidade de medicamentos de uso contínuo pelo paciente, onde a enfermagem descreve a lista de medicamentos e ele assina dando ciência das informações recebidas pela equipe, além de orientações concisas sobre os riscos existentes quando há recusa do paciente em entregar os medicamentos à equipe.

Elaboração do item na prescrição médica onde são descritos os medicamentos de uso do paciente e realizado a reconciliação medicamentosa desses fármacos no momento da prescrição médica na emergência.

**Medições de melhorias:** Redução dos incidentes com dano relacionado à administração dos medicamentos.

**Efeitos da mudança:** Monitoramento eficaz das medicações de uso próprio do paciente, como lote, validade, quantidade, controle de administração e qualidade desses fármacos. Conhecimento por

toda a equipe dos medicamentos de uso próprio do paciente, além da educação do paciente e familiar envolvendo-os no cuidado.

**Lições aprendidas:** Quando é realizada uma revisão das medicações que o paciente faz uso domiciliar conseguimos reduzir as chances de incidentes com dano, pois, é possível reduzir as probabilidades de interação medicamentosa e intoxicação.

**Conclusões:** O profissional indicado para implementar a prática de reconciliação medicamentosa pelos seus conhecimentos em farmacologia é o farmacêutico. Entretanto, essa sinalização pode ser feita pela equipe de enfermagem que assiste o paciente 24 horas e consegue perceber mudanças comportamentais com maior facilidade, além de que a presença do farmacêutico promove uma maior detecção e prevenção de potenciais eventos adversos e erros de medicação assim reduzindo danos ao paciente e aumentando a sua segurança.

**Conflitos de interesse:** Não evidenciamos conflitos de interesse.

### *1.2.10 Mudança de Cultura Organizacional no Processo de Medicação Segura em uma Enfermaria Pediátrica: Relato de Experiência*

**Autores:** Luciene L. Silva, Suelen Reiniack

**E-mail de contato:** lucienelimasouza@gmail.com

**Contexto:** O estudo tem como objetivo descrever a experiência das estratégias de melhorias implementadas para a mudança de cultura organizacional no processo de medicação segura, na enfermaria pediátrica de um hospital no município do Rio de Janeiro. Trata-se de um relato de experiência, onde a abordagem foi constituída de quatro fases do Ciclo PDCA (planejamento, execução, verificação e ação).

**Problema:** A segurança do paciente é um componente essencial da qualidade do cuidado, e tem adquirido uma importância cada vez maior para os pacientes, suas famílias, para os gestores e profissionais de saúde visando à redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável.

**Avaliação do problema e análise das causas:** A pediatria é mais vulnerável a falhas no processo de administração de medicamentos devido às suas características fisiológicas peculiares e à indisponibilidade de formas farmacêuticas adequadas no mercado para este público. A detecção dessas falhas deve ser uma rotina, pois aponta as fragilidades do sistema permitindo melhorá-lo e servindo como um indicador de qualidade do serviço prestado ao paciente.

**Envolvimento da equipe:** Para cada etapa do processo houve a participação efetiva de toda a equipe realizando o *feedback* na rotina diária, em reuniões e em treinamentos em serviço. Sempre buscando cada funcionário expor suas ideias seja com elogios ou críticas, sendo as críticas avaliadas como fator para melhorias. Toda a equipe mostrou-se mais integrada e sensibilizada com o processo de medicação segura.

**Estratégia de melhorias:** Para melhoria do atendimento e assistência de enfermagem observamos a necessidade de implementação de estratégias vistas à redução e interceptação de falhas contribuindo para a prática segura e eficaz no processo de medicação segura.



**Intervenção:** Formação de um Time de Terapia Medicamentosa, para obtermos a comunicação efetiva entre as equipes; implantação da 3ª via da prescrição médica, para consulta do profissional no processo de preparo das medicações; manipulação e preparo de medicamentos por um único técnico de enfermagem para cada plantão; padronização da etiqueta de identificação de medicamentos informatizada; dentre outras ações.

**Medições de melhorias:** Podemos observar uma mudança notável visualmente na rotina diária, como a motivação da equipe, a utilização do kit de administração de medicamentos endovenosos sendo preciso reabastecer a cada três dias, comunicação efetiva entre as equipes com anotações no livro e entre o Time de Terapia Medicamentosa, diminuição do número de erros relacionados ao processo de medicação descritos no livro de ordem e ocorrências do setor, e implantação dos indicadores de dispensação de medicamentos pela farmácia sendo possível quantificar o número da taxa de erros de medicamentos dispensados.

**Efeitos da mudança:** Houve a possibilidade de identificar a diminuição das falhas no processo, evidenciar a mudança de cultura e qualidade da assistência, estabelecer a comunicação efetiva e realizar treinamento contínuo com a equipe. Os técnicos de enfermagem, profissionais envolvidos diretamente com o preparo e administração de medicamentos, acolheram a nova rotina e foram fortemente influenciados pelas mudanças nos processos de trabalho propostas.

**Lições aprendidas:** As mudanças se refletem nas estruturas e nos processos organizacionais, sendo que a falta de preparo para lidar com a mudança pode provocar rupturas nas curvas de ascensão da instituição. Diante da consciência de que é preciso lidar com o elemento mudança o gestor deve buscar as ferramentas que lhes estão disponíveis na descoberta das possibilidades de planejar e gerenciar as mudanças.

**Conflitos de interesse:** A pesquisa não contou com nenhum conflito de interesse, nenhuma fonte de fomento ou outro tipo de patrocínio, sendo de responsabilidade dos pesquisadores o custeio integral da realização do estudo.

### *1.2.11 Implantação do Time de Acesso Vascular em um Hospital no Rio de Janeiro*

**Autores:** Luciene L. da Silva, Aline C. Silva, Lilian B. do Nascimento, Fernanda M. Pereira

**E-mail de contato:** lucienelimasouza@gmail.com

**Contexto:** O Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (PSP), elaborado pelo NSP, deve estabelecer estratégias e ações de gestão de risco que promovam segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, de sangue e hemocomponentes e terapias nutricionais parenteral; e que previnam e controlem eventos adversos em serviços de saúde, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde.

**Problema:** Promover qualidade e segurança no cuidado de enfermagem com acessos vasculares.

**Avaliação do problema e análise das causas:** A criação de um grupo de trabalho almejando a formação e implantação de um time de acesso vascular em um Hospital Federal no Rio de Janeiro se justifica e contribui para a reflexão sobre institucionalização de melhores práticas assistenciais.

**Envolvimento da equipe:** A partir da implantação de um time de inserção periférica de cateter venoso central (CCIP) na unidade de pediatria rotinas operacionais para a equipe de enfermagem

começaram a ser desenvolvidas com foco nos acessos vasculares centrais e prevenção de infecção da corrente sanguínea por estes dispositivos.

**Estratégia de melhorias:** Desenvolver com segurança e qualidade as atividades de assistência ao paciente, de forma participativa e humanizada; executar os cuidados de enfermagem, com atenção voltada ao paciente, considerando suas limitações e necessidades de estadia, locomoção, repouso e conforto; dentre outras ações.

**Intervenção:** Qualificar e padronizar o material utilizado; normatizar as técnicas; construir e aprovar protocolos; implantar e retirar cateteres centrais por inserção periférica; avaliar e tratar as complicações; treinar a equipe para melhores práticas na manipulação de cateteres periféricos e centrais; informar e orientar os pacientes portadores e acompanhantes/responsáveis; dentre outras ações.

**Medições de melhorias:** Construção do protocolo de rotinas operacionais do time de acesso vascular com definição de papéis e responsabilidades de cada profissional e serviço envolvido no processo de implantação; construção e validação do instrumento de prescrição de enfermagem para acessos vasculares; construção de grupo de trabalho para ações de inserção, monitoramento; treinamento em PICC; e construção de indicadores de qualidade em relação à incidência de flebite por acessos vasculares.

**Efeitos da mudança:** A visão estratégica do TAV é ser referência nos procedimentos ligados diretamente aos cateteres venosos periféricos e centrais, normatizando o seu uso, com o objetivo de melhorar o atendimento aos pacientes, aumentando a vida útil dos cateteres, diminuindo as complicações, gerando informações com o menor custo para o paciente, e instituição.

**Lições aprendidas:** Participação integrativa das equipes multidisciplinares nas implantações dos processos, para melhoria e qualidade da assistência ao paciente.

**Conclusões:** Considerando que esta instituição, propõe formar recursos humanos dentro das diretrizes do SUS com sustentabilidade, e deseja ser reconhecido como centro de excelência, é fundamental refletir sobre a gestão de recursos humanos, aliada a oferta de recursos materiais e administrativos de qualidade.

**Conflitos de interesse:** A pesquisa não contou com nenhum conflito de interesse, nenhuma fonte de fomento ou outro tipo de patrocínio, sendo de responsabilidade dos pesquisadores o custeio integral da realização do estudo.

### *1.2.12 O Senso Crítico de Estudantes de Enfermagem na Implementação de Protocolos de Segurança do Paciente*

**Autores:** Gabriela S. Tavares, Juliana D. Freitas, Eduardo Saatkamp, Danielle G. de Paula

**E-mail de contato:** gabriellatavaress0@gmail.com

**Contexto:** Surgiu a partir da vivência em um Hospital Universitário e avaliou a execução de protocolos de segurança do paciente. Constatou-se uma realidade distante da Portaria RDC N° 63 de 25 de novembro de 2011, cujo foco é “Estabelecer boas práticas para funcionamento de serviços de saúde”.

**Problema:** Observou-se que a identificação do paciente e a correta identificação dos leitos não eram realizadas de forma adequada, o que representava um problema e um desacordo tanto com a Portaria RDC NO 63 de 25 de novembro de 2011, como também com a Portaria MS/GM n°529/2013, definida pela OMS.

**Avaliação do problema e análise das causas:** A equipe não priorizava a identificação do paciente, justificado pela intensa demanda de procedimentos. Outro ponto foi à numeração dos leitos desorganizada. Em suma, a numeração confusa de leitos, somada a ausência de identificação do cliente, poderia resultar em uma administração de medicamento ao cliente errado, o que dependendo da dose e fármaco poderia resultar em lesão, além de danos.

**Envolvimento da equipe:** O desenvolvimento desta atividade foi comunicado a chefia da unidade, destacando presença das acadêmicas, mas salientando que ninguém poderia facilitar ou influenciar o período de observação. A equipe se mostrou incomodada com a presença das mesmas e quando as intervenções foram propostas, notou-se uma resistência por parte dos profissionais.

**Estratégia de melhorias:** Estabeleceu-se um relatório que explica a importância de identificar o paciente como primeiro procedimento a ser realizado na chegada do cliente ao setor. Para sensibilizar as equipes, foi elaborado um mini cartaz, fixado na enfermaria, a fim de realçar a importância da identificação do paciente. Sobre a identificação dos leitos, foi proposto renumerar, pois apresentava riscos a clientela.

**Intervenção:** Elaborou-se um mini cartaz a fim de ilustrar a importância da identificar do paciente. Utilizou-se imagens da pulseira de identificação e a regulamentação no mesmo. Sobre a identificação dos leitos ocorreu uma discórdia perante a equipe e uma resistência em relação a refazer a numeração.

**Medições de melhorias:** A importância de assegurar o paciente uma estadia segura durante o período de internação. Soma-se a respeitar os protocolos e normas referentes à segurança.

**Efeitos da mudança:** Significou de extremo efeito para os pacientes o uso da pulseira da identificação, visto que como primeiro item de segurança do paciente é primordial a utilização da mesma. Oferecendo assim a segurança tanto para os profissionais quanto para os pacientes. Paciente seguro gera uma assistência segura.

**Lições aprendidas:** Observa-se um obstáculo na comunicação entre a equipe de Enfermagem, principalmente pela falta do olhar sistemático e da resistência dos profissionais. Cria-se uma dificuldade na conscientização sobre acidentes que podem gerar danos ou não ao paciente, e assim a dificuldade de implementação de instrumentos que visem à redução dos acidentes.

**Conclusões:** O desenvolvimento desta atividade foi importante para observar o obstáculo entre a prática profissional e os protocolos da OMS. É relevante que o acadêmico vá para a prática com senso crítico e seja estimulado a manter uma cultura de segurança através do consciente coletivo.

**Conflitos de interesse:** Alguns profissionais caem na resistência do olhar não sistematizado ao cuidado e viu-se nesta atividade a dificuldade da equipe se conscientizar dos danos que podem ocorrer com os pacientes, possuem vícios de trabalho e retirar isso de modo rápido é uma tarefa para ser realizada a longo prazo.

## 2 TRABALHOS CIENTÍFICOS

### 2.1 Comunicação Oral

#### 2.1.1 Mapeamento dos Eventos Adversos Notificados no Triênio (2013-2015) em um Hospital Oncológico

**Autores:** Leylane P. Bittencourt, Marcelle L. Ribeiro, Gabriella S. Sant'anna, Brenda C. R. da Silva, Allan C. M. Lemos

**E-mail de contato:** lbittencourt@inca.gov.br

**Introdução:** A avaliação dos serviços garante qualidade e promove segurança. Neste contexto, destaca-se a taxa de eventos adversos (EA), que é um indicador de qualidade nos serviços de saúde. EA é o incidente que atinge o paciente e resulta em dano, podendo causar prejuízo temporário, permanente ou morte.

**Justificativa e objetivos:** O enfoque na qualidade busca oferecer aos pacientes, assistência livre de riscos e danos. Com a finalidade de mapear eventos adversos, os objetivos foram traçados: Quantificar e caracterizar os eventos adversos notificados no triênio (2013-2015) nas diversas unidades de um Hospital Oncológico.

**Metodologia:** Estudo quantitativo, descritivo e retrospectivo, realizado no período de 2013 a 2015. Foram quantificadas e analisadas as notificações de eventos adversos enviadas à Gerência de Risco no triênio.

**Resultados:** Foram identificadas 29 notificações. Sendo: 2013 (13,8%), 2014 (27,6%) e 2015 (58,6%). O setor que mais notificou: internação (44,8%), destacando-se Enfermaria do 5º andar (20,7%), os que menos notificaram: ambulatório, centro cirúrgico e radioterapia (10,3%). Os EA notificados foram: pacientes do sexo feminino (82%); pacientes internados (50%), sendo queda o mais prevalente (41,3%). Em relação ao grau do dano, moderado foi o mais presente (38%). Em 46% dos casos, o EA gerou lesão temporária.

**Discussão:** Observa-se aumento significativo nas notificações durante o período, esses dados refletem a sensibilização dos profissionais acerca da importância da notificação. A predominância de eventos adversos em mulheres é justificável porque o hospital é especializado em câncer ginecológico. 50% das notificações foram de pacientes internados, devido ao longo tempo de permanência na Instituição, a probabilidade de ocorrência de um EA tende a aumentar.

**Conclusões:** O aumento das notificações demonstra preocupação dos profissionais com a segurança do paciente. Notificar insere-se em um contexto não punitivo, mas de aprimoramento dos serviços e garantia de qualidade. Mapear os eventos adversos permite identificar as falhas e promover a cultura de segurança.

**Conflitos de interesses:** Não há conflitos de interesse.

#### 2.1.2 Manejo de Resíduos na Quimioterapia: Uma Revisão Integrativa

**Autores:** Tália L. Silva, Patriny Marcelle M. Gomes, Nathália D. do Nascimento, Mariana M. A. Magalhães, Maria G. R. Mesquita, Graciele O. Paes

**E-mail de contato:** patrinymarcelle@gmail.com

**Introdução:** Antineoplásicos são fármacos utilizados para combater células cancerosas. Pela sua natureza citotóxica, mutagênica, carcinogênica e fetotóxica, o manuseio deve seguir normas rígidas de segurança, desde a produção inicial ao descarte final.

**Justificativas e objetivos:** Trata-se de um estudo relevante e aplicável, contemplando um assunto pouco discutido durante a formação acadêmica e profissional de profissionais de saúde. Tendo como objetivo identificar na produção científica as evidências que abordem o gerenciamento de resíduos na quimioterapia antineoplásica.

**Metodologia:** Revisão integrativa da literatura com a questão norteadora: Qual a produção existente acerca do manejo de resíduos gerados na quimioterapia antineoplásica? A busca foi realizada nas bases: LILACS, PUBMED, CINAHL, SCOPUS e WEB OF SCIENCE. Descritores: “Gerenciamento de Resíduos”, “Antineoplásico” e “Eliminação de resíduos de serviços de saúde”.

**Resultados:** Foram captadas 83 publicações, mas apenas 3 artigos foram selecionados para compor a amostra da pesquisa, por atenderem aos critérios estabelecidos. A revisão possibilitou identificar como a gestão de resíduos quimioterápicos antineoplásicos ainda se encontra pouco explorada. Nos três artigos expostos há uma preocupação de como o produto gerado chega ao ambiente e como se pode realizar o controle desses medicamentos quando em contato com solo e recursos hídricos.

**Discussão:** A análise das publicações permitiu duas categorizações: Manejo de resíduos químicos e biossegurança e Manejo de resíduos e meio ambiente. Os profissionais atuantes em terapia antineoplásica estão expostos às condições adversas e possuem como agravante uma exposição maior ao risco químico. Protocolos direcionados ao manejo de resíduos funcionam como auxílio à prática profissional, disseminando uma cultura de segurança e sustentabilidade em saúde.

**Conclusão:** A produção do conhecimento acerca do manejo dos resíduos químicos gerados em quimioterapia antineoplásica ainda encontra-se incipiente, entretanto sua periculosidade anseia para o desenvolvimento de uma cultura de segurança dentro das unidades de saúde.

**Conflitos de interesse:** A pesquisa não possui conflitos de interesse.

### *2.1.3 Avaliação das Prescrições de Medicamentos Antieméticos para Pacientes em Quimioterapia de um Hospital do Rio de Janeiro*

**Autores:** Andressa B. D. de Souza; Camille N. Cursino; Jackeline L. dos Santos; Mariana R. Silva; Thacid K. C. Medeiros; Ana Cláudia A. Ribeiro.

**E-mail de contato:** bdsandressa@gmail.com

**Introdução:** Os medicamentos antineoplásicos, devido a sua alta toxicidade, podem acarretar em reações adversas a medicamentos (RAM), como a êmese que gera desconforto ao paciente. Esses medicamentos podem ser classificados de acordo com o potencial emetogênico e possuem protocolos adequados de tratamento.

**Justificativa e objetivos:** Avaliar se há conformidade entre a prescrição dos antieméticos na pré-quimioterapia de pacientes em tratamento com antineoplásicos de um Hospital público no Rio de Janeiro, de acordo com protocolos de antiêmese pré-estabelecidos, com fim de verificar se o cuidado ao paciente ocorre de forma efetiva.

**Metodologia:** Estudo retrospectivo transversal da análise de prescrições de quimioterapia, nos meses de maio e junho de 2016. Foram verificados: quimioterápicos utilizados, classificação do risco de êmese e conformidade dos antieméticos e dose com o protocolo de antiêmese do INCA. Os erros de medicação foram classificados em PRM segundo o Consenso de Granada.

**Resultados:** Foram avaliadas 545 prescrições, nas quais em 59% foram encontrados problemas relacionados a medicamentos (PRM). 37% dos casos foram classificados como PRM 2 (o medicamento era desnecessário), 25% PRM 1 (havia necessidade de medicamento adicional), 17% PRM 4 (dose prescrita estava abaixo da recomendada) e 2% PRM 5 (dose estava acima da recomendada). Além disso, 18% das prescrições acumulavam mais de um PRM, onde em 12% os PRM 2 e 5 apareciam juntos na mesma prescrição.

**Discussão:** Mais da metade das prescrições de antieméticos utilizados na pré-quimioterapia estavam em desacordo com o protocolo, sendo mais frequente à prescrição de medicamentos desnecessários, o que aumenta os riscos de RAM e interações medicamentosas. A não prescrição de um medicamento necessário ou doses abaixo da recomendação aumentam o risco de desconforto do paciente, de desidratação e de internação.

**Conclusões:** Em geral, a prevenção da êmese em pacientes com câncer no hospital não está de acordo com o preconizado, aumentando o risco de ocorrência de RAM, além do desperdício de recursos. Com isso, deve-se adotar um protocolo de prevenção de êmese para promoção do uso racional e da segurança desse paciente.

**Conflitos de interesse:** Os autores declaram que não há conflitos de interesse no presente trabalho.

## 2.2 Pôster

### 2.2.1 Queda de Pacientes num Hospital Federal do Rio de Janeiro - Um Estudo para Estruturar Medidas de Prevenção

**Autores:** Leonor M. S. Gomes, Claudia T. Regadas, Deise Luci B. Motta, Antônio Rocha, Maria do Carmo Martins

**E-mail de contato:** leonorms.gomes@gmail.com

**Introdução:** A ocorrência de quedas é um dos maiores problemas enfrentados nas instituições hospitalares, por implicarem em danos a saúde do paciente, possível prolongamento do tempo de internação ou mesmo óbito. Considerado um problema de saúde pública e de impacto social é de suma importância a implementação de ações de prevenção de quedas.

**Justificativa e objetivos:** A caracterização das quedas auxilia no reconhecimento dos grupos de maior risco e na elaboração de propostas preventivas, por isso este estudo objetiva caracterizar as quedas de pacientes ocorridas num Hospital Federal do Rio de Janeiro.

**Metodologia:** Pesquisa documental descritiva, retrospectiva e quantitativa. Realizada em uma unidade hospitalar federal localizada no município do Rio de Janeiro, de atenção terciária, com perfil de ensino. Consideramos as notificações analisadas no período de janeiro de 2014 a julho de 2016. Os dados foram obtidos por consulta em fichas de análise das notificações de eventos de queda e coleta de dados em prontuários.

**Resultados:** Não houve diferença entre os sexos. A queda predominou em idosos a partir de 65 anos (60%). Os turnos com maior incidência de queda foram; madrugada (32%) e manhã (28%). Na característica da queda, observamos que os pacientes caem da própria altura (50%); cama/leito (25%); maca (13%); e cadeira de rodas/higiênica (12%). O tipo de queda foi por escorregão (48%) e perda do equilíbrio (36%). O local da queda foi quarto (64%), banheiro (24%), cadeira e consultório (4%). Quedas que ocasionaram dano aos pacientes (56%) foram classificadas em leves (36%) e moderadas (57%). Não houve casos graves.

**Discussão:** Os resultados deste estudo estão sendo utilizados pelo Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) junto às equipes assistenciais durante “Rodas de conversa”, que proporcionam aos profissionais de saúde da unidade refletir sobre suas práticas e condutas, buscando novas estratégias de intervenção para prevenção de quedas, bem como o estímulo à notificação. É uma limitação deste estudo o uso de dados somente de notificação, impedindo o cálculo de incidência de quedas.

**Conclusão:** As características das quedas notificadas e o perfil de risco dos pacientes se assemelham ao encontrado na literatura. Observamos que estas informações sensibilizam os profissionais a se engajarem nas ações de prevenção de quedas. Serão avaliadas ações mais específicas para os grupos de maior vulnerabilidade.

**Conflitos de interesse:** Os autores declaram não haver conflito de interesse.

### 2.2.2 Segurança do Paciente nas Unidades de Terapia Intensiva: Revisão Integrativa da Literatura

**Autores:** Jéssica S. Brunoni, Marcus Vinícius L. de Souza, Silvio C. da Conceição

**E-mail de contato:** jessica.brunoni@hotmail.com

**Introdução:** O cuidado em saúde com o paciente crítico apresenta riscos inerentes e sua minimização é um desafio. Profissionais de saúde devem conhecer os resultados dos estudos científicos sobre qualidade e segurança, de maneira a desenvolverem suas atividades baseando-se nas melhores evidências existentes.

**Justificativa e objetivos:** Sabe-se que existe uma enorme lacuna entre o que é atualmente conhecido e aquilo que ainda precisa ser aprendido para tornar o ambiente de cuidado crítico seguro. Assim, definiu-se como objetivo do presente estudo identificar as principais evidências sobre a minimização dos riscos associados ao cuidado de saúde em UTI.

**Metodologia:** Revisão integrativa da literatura, com foco na minimização dos riscos associados ao cuidado em saúde em UTI. Foram selecionados artigos publicados entre os anos de 2005 e 2015, utilizando os descritores de saúde *quality, healthcare, safety* e *ICU*. A busca foi realizada nas bases de dados eletrônicas SCIELO, PUBMED, LILACS e MEDLINE.

**Resultados:** Foram selecionados 34 artigos para compor a amostra do estudo, sendo a maioria publicações brasileiras, desenvolvidos por enfermeiros, médicos ou outros profissionais de saúde. Em relação ao cenário, grande parte dos estudos voltaram-se para UTI adulta, mas foram identificados também artigos em UTI pediátrica e neonatal. As principais estratégias de minimização de riscos identificados foram: dimensionamento de pessoal, higienização das mãos, treinamento, avaliação de riscos e utilização de protocolos.



**Discussão:** Os resultados apontam para alguns fatores causadores de aumento nos riscos à segurança do paciente em UTI: sobrecarga de trabalho, falta de percepção e risco e falta de treinamento. Percebe-se um aumento significativo das publicações nos últimos cinco anos, o que pode ser explicado pela intensificação das políticas de segurança do paciente internacionalmente além do lançamento do programa nacional de segurança do paciente, lançado em 2013.

**Conclusões:** Foi possível identificar no presente estudo as principais estratégias de minimização dos riscos associados ao cuidado em saúde nas UTI. Estes resultados podem subsidiar o desenvolvimento de programas institucionais para garantir a segurança do paciente, além de servir como material de apoio para o desenvolvimento de futuras pesquisas.

**Conflitos de interesse:** Não há conflitos de interesse.

### *2.2.3 Confirmação da Identificação do Paciente na Administração de Medicamentos: Avaliação Situacional num Serviço de Emergência*

**Autores:** Luana C. Pestana, Isabella B. Meireles, Cássio M. Pessanha, Ana Claudia A. Ramos, Roberto Carlos L. da Silva, Heleonora D. B. Rodrigues

**E-mail de contato:** [lupestanda2013@gmail.com](mailto:lupestanda2013@gmail.com)

**Introdução:** O protocolo de identificação do paciente do Ministério da Saúde baseia-se em três níveis de intervenções, que vão desde o uso da pulseira identificadora, inclui ações educacionais junto ao paciente, familiares e cuidadores e reforça a confirmação da identificação antes de prestar qualquer cuidado, inclusive na administração de medicamentos.

**Justificativa e objetivos:** O estudo busca avaliar as condutas relativas à identificação dos pacientes, visando aprimorar as práticas já implantadas. Estabelecida a rotina do uso das pulseiras, objetivamos nesse momento, avaliar as práticas da equipe de enfermagem relativas à confirmação da identificação dos pacientes, antes de proceder a administração de medicamentos.

**Metodologia:** Estudo de abordagem qualitativa, desenvolvido através de observação participante e registro em diário de campo das ações da equipe de enfermagem na administração de medicamentos, no serviço de emergência de um hospital federal do Rio de Janeiro. De fevereiro a março de 2016, observou-se: conferência da pulseira ou etiqueta identificadora, confirmação verbal e se o procedimento a ser realizado foi informado.

**Resultados:** Foram observados 128 procedimentos de administração de medicamentos. Destes, em apenas 3% houve a conferência da pulseira ou etiqueta identificadora do paciente. Em 61% dos procedimentos, a identificação do paciente foi checada verbalmente, porém com inconformidades (nome completo e/ou a data de nascimento não foram questionados). Não houve confirmação alguma da identificação dos pacientes durante a administração dos medicamentos em 35% dos procedimentos, embora em 51,5% dos casos, o paciente tenha sido informado sobre o medicamento que seria administrado.

**Discussão:** Na última avaliação periódica, 89% dos pacientes estavam identificados corretamente. Entretanto, este fato isoladamente não garante a segurança do paciente se a identificação não for checada a cada procedimento realizado. Estudos apontam que estas não conformidades na identificação do paciente induzem a eventos adversos ou erros, envolvendo a administração de medicamentos, hemocomponentes e etc<sup>2-3</sup>.



**Conclusão:** Diante da complexidade dos processos de trabalho nas instituições hospitalares, constatamos que a identificação do paciente demanda um programa contínuo de capacitação, uma vez que envolve aspectos importantes e complexos como a prática profissional, além de outros, como a cultura organizacional, estrutura e participação do usuário.

**Conflitos de interesse:** Declaramos que no presente estudo não há conflito de interesse de ordem pessoal, comercial, acadêmico, político ou financeiro.

#### *2.2.4 Desenvolvimento de um Sistema Eletrônico para o Acompanhamento de Indicadores de Segurança do Paciente*

**Autores:** Gabriella S. Santanna, Gabriel S. Oliveira, Silvio César da Conceição

**E-mail de contato:** gabriellasilva126@gmail.com

**Introdução:** A assistência de saúde resulta em riscos que podem atingir a integridade dos pacientes hospitalizados, sendo a maioria deles evitáveis. Através dos indicadores de segurança do paciente é possível monitorar os principais eventos adversos que podem atingir os pacientes hospitalizados e promover a sua segurança.

**Justificativa e objetivos:** O desenvolvimento de estratégias para o acompanhamento dos indicadores de segurança do paciente configura-se em um objeto de estudo de extrema relevância. O presente estudo objetivou o desenvolvimento de um instrumento eletrônico para a coleta, armazenamento e análise dos indicadores dos pacientes de seis áreas hospitalares prioritárias.

**Metodologia:** Pesquisa metodológica, na qual é descrito o processo de desenvolvimento de um instrumento eletrônico constituído por seis formulários eletrônicos sob o software Epi Info 7 do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC). As áreas prioritárias e os indicadores basearam-se em revisão sistemática realizada por pesquisadores brasileiros.

**Resultados:** Foram desenvolvidos seis ambientes para coleta de dados e um para análise e acompanhamento dos indicadores. As seis áreas de indicadores escolhidas foram: gineco-obstetrícia, prevenção e controle de infecção, clínicos, unidades de terapia intensiva, anestesia e cirurgia e medicamentos. A partir dos campos construídos em cada um dos ambientes, é possível inserir dados coletados e, através de fórmulas específicas, o sistema calcula os respectivos indicadores. No ambiente de análise, é possível verificar o comportamento temporal dos indicadores, além de visualizar gráficos.

**Discussão:** A utilização do sistema eletrônico para armazenamento e acompanhamento dos indicadores pode se configurar em uma excelente estratégia para identificar os principais riscos aos quais são submetidos os pacientes hospitalizados. Por tratar-se de um software gratuito e de fácil manipulação, o Epi Info 7 foi uma escolha adequada para a construção do sistema, já que o mesmo poderá ser distribuído gratuitamente para todas as unidades hospitalares interessadas, facilitando a comparação entre os respectivos indicadores.

**Conclusões:** Foi desenvolvido um instrumento eletrônico gratuito e de fácil manejo para o acompanhamento de indicadores de segurança do paciente em unidades hospitalares. A fim de validar a adequação do sistema à prática hospitalar, torna-se necessário o desenvolvimento de estudos futuros, para o acompanhamento da implementação e utilização do sistema.

**Conflitos de interesse:** Não há conflitos de interesse.

### 2.2.5 Vigilância e Controle de Infecção do Sítio Cirúrgico Pós-Cesárea em Hospital Público Federal

**Autores:** Lucas M. Gomes, Glória Magalhães

**E-mail de contato:** lucas91monteiro@gmail.com

**Introdução:** A taxa esperada para realização de cesáreas varia entre 10 e 15%, porém sua ocorrência vem se tornando cada vez mais frequente tanto nos países desenvolvidos como nos subdesenvolvidos. No Brasil, essa proporção é 50% e o sistema de saúde vem se preocupando com os riscos da infecção do sítio cirúrgico.

**Justificativa e objetivos:** A maioria das ISC se manifesta nos primeiros 7-10 dias de pós-operatório, coincidindo na maior parte das vezes com o período pós-alta hospitalar. O objetivo é uma vigilância pós-alta no período até 30 dias pós-cesárea, para determinar a taxa de ISC e definir comorbidades de risco aumentado de ISC.

**Metodologia:** Estudo prospectivo descritivo, abordagem quali e quantitativa, realizado em Hospital da rede pública Federal, em janeiro até agosto de 2016. As informações foram obtidas por notificação dos profissionais que fazem a consulta de retorno das puérperas, ligações telefônicas, a partir do 20º dia de pós-operatório, pesquisa no livro de registros e prontuário.

**Resultados:** Ocorreram 294 cesáreas, Taxa de ISC de 9,52%. Puérperas com mediana de 31 anos, 81(27,55%) portadoras de HIV, 49(16,67%) obesas, 7(2,38%) obesas e portadoras de HIV e 2(0,68%) ruptura prematura de membranas amnióticas. Do total, 155(53,4%) não tinham nenhum dos três fatores. Foram avaliadas 202(68,71%) puérperas, cuja informação foi obtida por um dos quatro modos de obtenção de informação. Entre as 202 egressas, as obesas apresentaram OR=3,02 (IC95: 1,1-7,8; p = 0.01) desenvolver ISC comparado a não obesas.

**Discussão:** Este hospital atende, na sua maioria, gestantes portadoras de comorbidades que impactam com o do risco de ISC. Não se conhece uma taxa comparativa nacional ou internacional de ISC em cesáreas de gestantes de alto risco. Portanto se desconhece a representatividade da taxa 9,52% encontrada por esse estudo. Os dados corroboram com achados semelhantes em relação às obesas apresentarem 3,02 vezes mais chance de ter ISC comparadas com as puérperas não obesas.

**Conclusões:** A taxa de ISC encontrada nesse estudo e o perfil clínico-epidemiológico das puérperas com e sem ISC contribuem para alavancar ações de prevenção na assistência ao parto cesáreo e à redução do risco de ISC, principalmente em gestantes portadoras de obesidade.

**Conflitos de interesse:** Não há conflito de interesse nesse estudo.

### 2.2.6 Avaliação dos Cardioversores/Desfibriladores do Hospital Federal dos Servidores do Estado

**Autores:** Sueli S. O. F. de Araujo, Claudia S. de M. N. Ferreira, Edeusa Souza, Pedro H. C. Duque, Janaina de M. Tavares

**E-mail de contato:** sueli.hse@gmail.com

**Introdução:** Avaliar a qualidade e segurança dos equipamentos para saúde esta no escopo da gerência de risco, desta forma as condições dos cardioversores/desfibriladores do HFSE, a existência dos equipamentos e sua utilização é de suma importância, pois está diretamente ligado à recuperação/reversão do quadro do paciente.

**Justificativa e objetivos:** Realizar levantamento acerca das condições de funcionamento, manutenção e checagem dos cardioversores/desfibriladores situados em serviços/setores do hospital federal dos servidores do estado.

**Metodologia:** Elaboração de checklist baseado em normas e sugestões do manual de tecnovigilância e do boletim informativo de tecnovigilância da anisa, para avaliação das condições de funcionamento, manutenção e checagem dos cardioversores/desfibriladores do HFSE, através de visitas técnicas aos setores.

**Resultados:** Foram visitados 44 setores. Em 25% dos serviços/setores não possuíam o equipamento, alguns serviços compartilhavam o equipamento usando como critério a proximidade dos mesmos. Nas visitas foram encontrados 29 equipamentos, destes 90% passam por uma manutenção preventiva periódica, 62,1% dos serviços não tinham procedimento de checagem do mesmo, 31% afirmaram realizar a checagem diariamente, 6,9% checa semanalmente e 86,2% dos serviços não fazem qualquer tipo de registro sobre a checagem.

**Discussão:** Identificamos pontos que podem ser melhorados e assim propomos ideias de melhorias e padronização do serviço, diminuindo chances de erro. Entre as propostas de melhoria encontram-se: criação de um procedimento operacional padrão (POP) para checagem dos cardioversores/desfibriladores; elaboração de um mapa da distribuição dos equipamentos e fluxo de uso, oficinas de capacitação em manuseio dos equipamentos, troca de equipamentos obsoletos por novos.

**Conclusões:** Essa discussão torna-se importante no processo de identificar melhorias e propor um ambiente de trabalho mais seguro para profissionais e pacientes. Desta maneira, esperamos contribuir para uma melhor organização e segurança dos equipamentos objetivando a qualidade e a excelência no trato aos usuários.

**Conflitos de interesse:** Não há.

### *2.2.7 Avaliação do Perfil de Utilização de Antimicrobianos na Sepse em um Centro de Terapia Intensiva de um Hospital Federal do Rio de Janeiro*

**Autores:** Camille N. Cursino, Andressa B. D. de Souza, Fillipe P. Moreira, Jackeline L. dos Santos, Mariana R. Silvam, Thacid K. C. Medeiros

**E-mail de contato:** camille\_cursino@hotmail.com

**Introdução:** A sepse é uma inflamação generalizada do organismo contra uma infecção localizada em qualquer órgão, apresenta risco de morte quando não descoberta e tratada rapidamente. Esses medicamentos devem possuir espectro de ação adequado e utilizado na posologia efetiva para promoção do seu uso racional.

**Justificativa e objetivos:** O reconhecimento precoce da sepse é a chave para o tratamento adequado. O desfecho do quadro clínico é influenciado pela adequação e agilidade da terapia medicamentosa. Avaliar o perfil de uso correto de antimicrobianos na sepse em centro de terapia intensiva (CTI) de adultos.

**Metodologia:** Estudo transversal retrospectivo da utilização de antimicrobianos na sepse no CTI de um hospital no Rio de Janeiro. Foram incluídas no estudo as fichas de antimicrobianos injetáveis enviadas em maio de 2016. Devem ser preenchidas com a identificação do paciente e do prescritor, antimicrobiano, posologia, justificativa, patologia, microorganismo.

**Resultados:** Foram coletadas 481 fichas de antimicrobianos no período, destas 22,9% eram do CTI adulto. A principal indicação para solicitação de antimicrobiano nesse setor foi sepse ou choque séptico, representando 54% do total. Os três antimicrobianos de maior solicitação para os pacientes nestas condições foram meropenem, piperacilina + tazobactam e tigeciclina, respectivamente com 22%, 15% e 13%. Das 110 fichas enviadas pelo CTI adulto, 46% não estavam preenchidas corretamente.

**Discussão:** A maior solicitação de antimicrobianos pelo CTI adulto justifica-se pelo seu perfil de pacientes, com maior complexidade e gravidade. A sepse vem aumentando em incidência e é a principal causa de morte em CTI. O protocolo para abordagem da sepse inclui meropenem e piperacilina+tazobactam como os indicados nesta patologia. O preenchimento correto das fichas contribui para a promoção do uso racional de antimicrobianos e tratamento adequado.

**Conclusões:** Viu-se que casos de sepse são frequentes no CTI e que a terapia correta contribui para desfecho favorável. A presença de protocolos é fundamental para nortear a conduta clínica. Embora a terapêutica esteja correta, o preenchimento incompleto das fichas pode acarretar falha no acesso ao medicamento.

**Conflitos de interesse:** Declaramos que não há conflitos de interesse entre os autores do trabalho “Avaliação do Perfil de Utilização de Antimicrobianos na Sepse em um Centro de Terapia Intensiva de um Hospital Federal do Rio de Janeiro”.

### *2.2.8 Queda do paciente: Análise dos Incidentes Notificados em um Hospital Federal do Rio de Janeiro*

**Autores:** Luana C. Pestana, Isabella B. Meireles, Cássio M. Pessanha, Ana Claudia A. Ramos, Luanna P. Oliveira, Larissa F. Dale

**E-mail de contato:** lupestanda2013@gmail.com

**Introdução:** Dos incidentes notificados anualmente, seja com ou sem dano, a queda do paciente é o mais frequente. Estudos afirmam que a queda de paciente contribui para aumentar o tempo de permanência hospitalar, custos assistenciais, geram ansiedade na equipe de saúde, além de produzir repercussões na credibilidade da instituição, inclusive de ordem legal.

**Justificativa e objetivos:** O presente estudo justifica-se, pois vislumbra a possibilidade de produção de conhecimento na área da segurança do paciente. A mensuração dos dados fornece subsídios para formular planos e estratégias, uma vez que seu objetivo consiste em descrever o perfil dos pacientes que sofreram queda entre 2015 e 2016, em um hospital federal do Rio de Janeiro.

**Metodologia:** Estudo retrospectivo de análise documental, descritivo, com abordagem quantitativa, desenvolvido em um hospital federal do Rio de Janeiro. Analisou todas as notificações de quedas de janeiro de 2015 a setembro de 2016, considerando as variáveis: sexo, idade, tipo de queda, mobiliário e/ou ambiente envolvido, período de ocorrência e setor. Os dados categorizados foram apresentados em frequência relativa.

**Resultados:** De janeiro de 2015 a setembro de 2016, foram notificadas 48 quedas de paciente. Identificou-se que 73% eram do sexo masculino. A distribuição etária teve como média 70.6 anos, DP de  $\pm 9.8$ , com destaque para faixa etária entre 70-79 anos (35.4%). As quedas envolveram, em sua maioria, a cama (54.2%) e descritas como perda do equilíbrio (62.5%). Não houve diferença significativa entre as quedas ocorridas no período diurno (54.2%) e noturno (45.8%). O serviço com

maior número de registros foi a Internação Clínica (43.75%), seguida do Setor de Emergência (27.1%) e Internação Cirúrgica (23%).

**Discussão:** As quedas em idosos assumem dimensão de epidemia no Brasil, com altas taxas de prevalência, causando imobilidade, dependência e altos índices de mortalidade (2,4). Neste estudo, o serviço com maior ocorrência de quedas foi a internação clínica, que pode estar relacionada à maior taxa de ocupação, perfil do paciente (idosos com maior nível de dependência) e aspectos ambientais (infraestrutura inadequada).

**Conclusão:** Os resultados revelam a necessidade do desenvolvimento de ações específicas no setor de internação clínica voltadas para a educação dos profissionais e envolvendo pacientes e acompanhantes na prevenção de quedas. Portanto, é imprescindível fortalecer a interface entre os setores envolvidos na promoção da segurança do paciente.

**Conflitos de interesse:** Declaramos que no presente estudo não há conflito de interesse de ordem pessoal, comercial, acadêmico, político ou financeiro.

### *2.2.9 Análise de Incidentes a Partir da Implantação do Sistema de Notificação em uma Unidade de Terapia Renal Substitutiva*

**Autores:** Luiz Antonio C. Pais, Regina B. Nigri, Elana A. Lannes, Aline O. Biancamano, Adriana L. N. Dantas, Cleiton José de Souza

**E-mail de contato:** luizcpais@gmail.com

**Introdução:** A RDC nº 11 da ANVISA, que dispõe sobre os requisitos para o funcionamento dos Serviços de Diálise (SD), tendo por base a Portaria nº 529 do MS e a RDC nº 36 da ANVISA, estabelece que estes serviços devam constituir um Núcleo de Segurança do Paciente, assim como um Plano de Segurança do Paciente.

**Justificativa e objetivos:** Este trabalho tem por objetivo identificar os incidentes notificados no período de 18 meses a partir do processo de implantação do núcleo de segurança do paciente e seu respectivo sistema de notificação em uma unidade satélite de terapia renal substitutiva.

**Metodologia:** Trata-se de um estudo do tipo descritivo, quantitativo, retrospectivo, cujos dados foram obtidos a partir da análise documental dos formulários de notificação de incidente preenchidos entre Abril de 2015 e Setembro de 2016. O trabalho foi aprovado pela Direção Geral da Unidade e os dados foram coletados pelo Responsável Técnico.

**Resultados:** No período foram atendidos 126 pacientes, com a realização de 13.181 sessões de hemodiálise. Foram apurados 284 incidentes. A taxa de incidente/sessão foi de 2,15%. As notificações versaram sobre 35 diferentes tipos de incidentes. Os 5 tipos de incidentes mais relevantes foram: hematoma em acesso vascular (16,9%), reação pirogênica (16,2%), infecção de cateter venoso central (CVC) para HD (13,38%), ruptura de fibras do dialisador (8,45%) e coagulação do sistema extracorpóreo (5,99%).

**Discussão:** O sistema de notificação é reconhecidamente uma ferramenta para identificar erros latentes do sistema. 50,77% dos incidentes estavam relacionados ao acesso vascular, revelando como este é um dos aspectos do tratamento que requerem maior grau de atenção. O fato de 35,92% dos incidentes estarem relacionados a alguma etiologia infecciosa alertou para a necessidade de se traçar estratégias de combate às infecções associadas ao tratamento dialítico.

**Conclusões:** A notificação dos incidentes nos proporciona a identificação de riscos que por vezes não percebemos no dia a dia e nos auxilia na elaboração de normas, instruções de serviços, capacitação e educação continuada, criando barreiras e diminuindo os riscos aos pacientes e colaboradores.

**Conflitos de interesse:** Os autores do presente trabalho declaram a inexistência de eventuais conflitos de interesse que possam influenciar os resultados apresentados.

### *2.2.10 Limites e Fragilidades na Adesão ao Uso da Pulseira de Identificação em uma Unidade Cardiointensiva*

**Autores:** Tamyris G. de Assis, Luana F. de Almeida, Luciana G. Assad, Ronilson G. Rocha, Cíntia S. Fassarella, Julien S. Lima

**E-mail de contato:** cherryqv@hotmail.com

**Introdução:** A implementação de um sistema de identificação é fundamental para minimizar a ocorrência de erros relacionadas à identificação incorreta de pacientes. Estudo desenvolvido a partir da Meta 1 de Segurança do Paciente, o qual foi realizado um diagnóstico da adesão ao uso da pulseira de identificação em uma unidade Cardiointensiva.

**Justificativa e Objetivos:** Devido à importância de oferecer serviços seguros e de qualidade para os pacientes, além da confiança e valorização pessoal do profissional, servindo de auxílio nas propostas de melhorias na unidade em relação à correta identificação do paciente. Objetivo geral: analisar a adesão ao uso da pulseira de identificação de uma unidade Cardiointensiva.

**Método:** Quantitativo, transversal do tipo observacional, descritivo e documental. Pesquisou-se os pacientes internados em uma unidade Cardiointensiva de um hospital universitário no Rio de Janeiro, durante os meses abril-junho de 2016. Foram coletados dados a partir de três formulários estruturados com perguntas fechadas. A pesquisa respeita aspectos éticos e foi aprovada pelo CEP/ UERJ número: 1.478.493.

**Resultados:** Foram observados 137 pacientes e todos (100%) encontravam-se com a pulseira de identificação preconizada pela instituição. Dessas, 26% apresentaram não conformidades, sendo a principal ilegibilidade dos dados. Segundo relatos dos pacientes, 90% dos profissionais do setor não os orientaram quanto ao motivo e importância da colocação da pulseira e 61% não verificaram a mesma antes de realizar procedimentos. Em relação aos registros nos prontuários, em 35% foram encontrados pelo menos um relato diário feito por enfermeiros relacionado à presença da pulseira de identificação.

**Discussão:** A implementação efetiva de um sistema de identificação é realizada a partir da colocação de uma pulseira de identificação e manutenção da utilização dessa na instituição pelos profissionais e pacientes. Além disso, é fundamental a inclusão de pacientes e/ou familiares no processo de cuidado e segurança, pois permite que esses não sejam vistos apenas como passivos dos cuidados prestados durante uma internação.

**Conclusão:** Assim, é possível concluir que a unidade investigada apresenta uma boa adesão à colocação da pulseira de identificação do paciente. Contudo, necessita de capacitação e mobilização de todos os profissionais para maior adesão à Meta 1 de Segurança do Paciente.

**Conflito de interesse:** Não há conflito de interesse.



### 2.2.11 A Importância da Segurança do Paciente Envolvida no Transporte Intra-Hospitalar

**Autores:** Lais A. Rosa, Fernanda A. Oliviera, Fernanda M. Garcia, Thayana N. Santos, Maria Fernanda P. da Silva

**E-mail de contato:** laisandraderosa@gmail.com

**Introdução:** Define-se transporte intra-hospitalar a transferência temporária ou definitiva de pacientes, por profissionais dentro do ambiente hospitalar, sendo muitas vezes desvalorizado justamente por ocorrer dentro do hospital e ter acompanhamento.

**Justificativa e objetivos:** Este trabalho procura esclarecer e ajudar de forma simples o profissional que atua na segurança e saúde do paciente a regulamentar as formas de transporte intra-hospitalar. Regulamentar as formas de transporte dos clientes no âmbito hospitalar; evitar/reduzir a ocorrência de eventos adversos.

**Metodologia:** Será realizado um estudo observacional descritivo. Neste tipo de estudo não existe nenhuma manipulação do fator de estudo, há descrição da ocorrência de um evento de acordo com diversas características das pessoas, local e tempo. Os estudos descritivos são especialmente úteis quando pouco é conhecido sobre os determinantes de uma doença.

**Resultados:** Os resultados esperados são formas de padronização do transporte intra-hospitalar a fim de minimizar os custos e tempo de internação dos pacientes, através da aplicação de um check list de transporte seguro, o qual será preenchido pelos enfermeiros na saída e retorno dos pacientes nos setores.

**Discussão:** O transporte é seguro quando: A equipe multidisciplinar responsável pelo paciente foi treinada adequadamente, com habilidades para o procedimento; Existe indicação para o deslocamento e, principalmente, planejamento; A integridade do paciente é assegurada, evitando o agravamento de seu quadro clínico; Existe rotina operacional para realizá-lo.

**Conclusões:** De acordo com o Art. 6º item IV “a garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde” da RDC nº36/2013, avaliou-se a necessidade da prevenção de eventos adversos no transporte intra-hospitalar, sendo sugerida a implementação do check list afim de manter a segurança do paciente.

**Conflitos de interesse:** Não há conflitos de interesse na pesquisa.

### 2.2.12 Fatores Associados à Adesão ao Tratamento de Pacientes com Diabetes Mellitus

**Autores:** Francis F. Villaça, Ana A. Soutto, Ranieri C. Camuzi, Selma R. de Castilho.

**E-mail de contato:** francisvillaca@id.uff.br

**Introdução:** O Brasil, como resultado das modificações no estilo de vida e da maior longevidade, vem sofrendo forte impacto com a transição demográfica e com a crescente incidência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), dentre as quais o Diabetes Mellitus (DM) se destaca entre os indivíduos idosos.

**Justificativa e objetivo:** Este trabalho apresenta os resultados sobre adesão terapêutica e fatores potencialmente interferentes de pacientes idosos portadores de diabetes mellitus (DM) atendidos no SUS em uma unidade básica de saúde em Niterói/RJ.

**Metodologia:** Estudo transversal prospectivo aprovado pelo CEP/UFF (CAAE 30504814.3.0000.5243) coletou dados através de um instrumento estruturado, durante a consulta ou sala de espera do paciente no Serviço de Nutrição. Foram entrevistados 52 indivíduos, de ambos os sexos, ≥60 anos, que consentiram participação.

**Resultados:** Os resultados demonstram predominância feminina (58%), com DM de longo curso (44%), em polimedicação (65%), não aderentes à dieta (58%), com baixa adesão à farmacoterapia (64%), apresentando esquecimento (56%), com 7-12 anos de estudo (44%), com entendimento de que a DM é incurável (81%) e vivendo com algum familiar (83%). Apenas 19% realizam exercício. Todos com dificuldade de identificar os medicamentos para DM na prescrição (12%). O efeito adverso é apresentado em 13% dos indivíduos.

**Discussão:** A predominância de mulheres pode sinalizar uma maior preocupação destas com o autocuidado. Assim como, a polimedicação parece ser o principal motivo para o baixo grau de adesão. Os idosos, expostos a um tratamento que exige atenção, memória e organização diante dos horários de administração dos medicamentos, a presença de algum familiar contribui para uma maior adesão.

**Conclusão:** Os dados sugerem que a pesquisa em questão possa ser relevante para que os profissionais repensem estratégias de intervenção a serem utilizadas nos serviços de atenção básica à saúde quanto ao uso racional dos medicamentos durante o tratamento para o controle do DM.

**Conflitos de interesse:** Não há conflitos de interesse com este relato.

### *2.2.13 Perfil Microbiológico de um Centro de Terapia Intensiva em um Hospital Federal no Rio de Janeiro*

**Autores:** Jackeline L. dos Santos; Andressa B. D. de Souza, Camille N. Cursino, Fillipe P. Moreira, Mariana R. Silva; Thacid K. C. Medeiros

**E-mail de contato:** jackelinelsantos92@gmail.com

**Introdução:** Os antimicrobianos são medicamentos que destroem microrganismos ou inibem sua multiplicação, devem ter espectro de ação adequado e posologia efetiva. O aumento da sua utilização pode levar à maior ocorrência de falhas terapêuticas, tornando ainda mais necessária à promoção do uso racional.

**Justificativa e objetivos:** Avaliar quantitativamente e qualitativamente as fichas de antimicrobianos (FA) injetáveis do centro de terapia intensiva (CTI) adulto, com ênfase nas solicitações e resultados das análises de materiais microbiológicos, visando traçar o perfil de patógenos neste setor e a revisão de protocolos.

**Metodologia:** Estudo retrospectivo transversal descritivo de avaliação das FA injetáveis do CTI adulto de um hospital federal do Rio de Janeiro, no mês de maio de 2016, onde foram verificados: o perfil de solicitação das análises dos materiais microbiológicos e, quando os resultados já estavam disponíveis, os microorganismos encontrados.

**Resultados:** Foram avaliadas 110 FA, onde destas 74% solicitaram análise de material microbiológico, 22% não solicitaram e 4% não informaram. Cerca de 77% dos tratamentos foram iniciados de maneira empírica. Os microorganismos mais encontrados foram: 37% *Acinetobacter* multirresistente (MR), 18%



bactérias fermentadoras de nitrogênio e 45% igualmente distribuídos entre bactérias gram negativas, *Candida albicans*, *Enterococcus faecium*, *Acinetobacter baumannii* e *Staphylococcus aureus*.

**Discussão:** A maior parte dos tratamentos foi iniciada de maneira empírica, sem o resultado do material microbiológico, levando ao aparecimento de bactérias multirresistentes, como *Acinetobacter MR* cuja disseminação acontece por contaminação de equipamentos e/ou as mãos dos profissionais. O uso irracional de antimicrobianos favorece o surgimento de cepas multirresistentes, sendo uma das principais causas do aumento no tempo de internação e morte do paciente.

**Conclusões:** O preenchimento correto das FA permite o acompanhamento farmacoterapêutico e do perfil microbiológico da unidade. Com esta avaliação é possível verificar a necessidade da revisão dos protocolos da instituição, visando promover o uso racional de antimicrobianos e diminuir os custos hospitalares.

**Conflitos de interesse:** Os autores declaram que não há conflito de interesses no presente trabalho.

### *2.2.14 Índice de Complexidade da Farmacoterapia (ICFT) de Pacientes com Insuficiência Cardíaca de um Centro Especializado no RJ*

**Autores:** Evani L. de Freitas, Rafaela T. Peixoto, Jéssica Q. M. de Carvalho, Ranieri C. Camuzi, Selma R. de Castilho.

**E-mail de contato:** [evanileite@yahoo.com.br](mailto:evanileite@yahoo.com.br)

**Introdução:** Medicamentos são o principal recurso para cura e prevenção de doenças. O tratamento de doenças crônicas em geral envolve o uso de vários medicamentos, levando ao aumento da complexidade da farmacoterapia, um dos principais fatores para a não-adesão, comprometendo o resultado clínico esperado.

**Justificativa e objetivos:** A complexidade da prescrição é um fator que pode influenciar na segurança terapêutica e na adesão, sendo necessário avaliar este critério. Este trabalho avaliou ICFT de prescrições a pacientes com insuficiência cardíaca participantes de projeto de acompanhamento farmacoterapêutico de um Hospital Especializado em Cardiologia no Rio de Janeiro.

**Metodologia:** Estudo transversal, descritivo, analisou as prescrições dos pacientes do projeto “Implementação de ações para otimização da assistência farmacêutica a pacientes com insuficiência cardíaca” no Instituto Nacional de Cardiologia, autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa institucional. A avaliação das prescrições pelo ICFT considerou as formas de dosagem, frequências de dose e instruções adicionais.

**Resultados:** Foi avaliado o ICFT de 57 prescrições. Realizou-se a análise pelo esquema de cinco números: mínimo=9,0; 1º quartil=18,5; mediana=23,0; 3º quartil=30,0; máximo=53,0 (média=24,96±8,53). As características predominantes foram: uso de cápsulas/comprimidos orais (95%); frequência da dose de 1x ao dia (49,8%), seguido por 2x ao dia (27,4%) e 12h/12h (12,0%); horário específico (63,5%); e polifarmácia (98,2%); o número de medicamentos por prescrição variou de 4 a 15 (média=8,0±2,41).

**Discussão:** O alto índice de polimedicados já foi observado em outros estudos, já que o uso de medicamentos de diversas classes terapêuticas é preconizado por diretrizes nacionais e internacionais de insuficiência cardíaca. Observou-se uma tendência de que o ICFT esteja relacionado à quantidade de medicamentos prescritos, o que pode ter sido um dos principais fatores analisados pelo método a influenciar no resultado encontrado.

**Conclusões:** São escassos estudos brasileiros que abordem o ICFT. Os resultados apresentados podem auxiliar no direcionamento de serviços farmacêuticos para proporcionar maiores segurança e adesão terapêuticas para este público, oportunizando-se a otimização e simplificação do regime terapêutico.

**Conflitos de Interesse:** Os autores declaram que todos os recursos e apoio financeiro, diretos e indiretos, que viabilizaram a realização deste trabalho foram de origem pública; nos últimos 5 anos e para o futuro próximo não possuem conflito de interesse de ordem pessoal, comercial, acadêmica, política ou financeira com qualquer instituição privada.

### *2.2.15 Comunicação e Segurança na Transferência Interna de Pacientes*

**Autores:** Marília M. Vasconcelos, Sandra T. A. Leal

**E-mail de contato:** mariliavasc@yahoo.com.br

**Introdução:** A segurança do paciente, uma das dimensões da qualidade nos serviços de saúde é o motivo pelo qual unidades de atendimento tem se organizado em estratégias de cuidado com o objetivo de minimizar ou eliminar riscos e aumentar a segurança de pacientes, profissionais e do ambiente, a fim de tornar a assistência adequada e efetiva.

**Justificativa e objetivos:** A partir da experiência em ambiente hospitalar de alta complexidade, área de atuação das pesquisadoras, foram observadas falhas na comunicação e perda de informações durante o cuidado ao paciente nas transferências internas. Baseado em um processo de trabalho que apresentava falhas, o objetivo deste estudo foi buscar a melhoria da comunicação durante a transferência interna de pacientes a fim de reduzir a incidência de eventos adversos relacionados à comunicação.

**Metodologia:** A perspectiva metodológica foi centrada na abordagem intervencionista, longitudinal, prospectiva, com análise quali-quantitativa. Utilizou como ferramenta básica da qualidade o ciclo PDCA como proposta para melhor responder esse objeto de estudo para mapear, descrever e analisar o contexto.

**Resultados:** A fim de testar se a hipótese de que falhas na comunicação se verificam como principais responsáveis pelos incidentes de transferência interna de pacientes na instituição, uma análise quali-quantitativa aprofundada foi necessária. Para isso, como marco histórico, foram usadas informações contidas nas fichas de notificação de incidentes em transferência interna. O primeiro passo foi a análise descritiva das notificações recebidas pelo núcleo da qualidade e segurança no período de janeiro a dezembro de 2015 referentes à transferência interna entre os diversos setores da instituição, tipo de incidente apontado em 105 casos, 62% no número total de notificações.

**Discussão:** O projeto teve como foco a melhoria de um processo, direcionado para causa de um problema crônico, com dados históricos disponíveis, relacionado à segurança e qualidade do atendimento. A falta de padrões, tais como, procedimentos operacionais padrão no gerenciamento da rotina, relacionado à comunicação efetiva na transferência do cuidado foi apontada como causa raiz do problema. A observação da oportunidade para melhoria partiu de pontos de desperdícios, como notificações referentes a falhas de comunicação e de processo de transferência interna de modo inseguro com demora excessiva e perda de informações, o que impactava o desempenho dos cuidados.

**Conclusão:** O projeto pôde ser concluído de modo rápido, com o escopo bem definido, ao gerar resultado tangível e verificável, que não adicionou nenhum custo, ao contrário, diminuiu o

desperdício de tempo e recursos e, principalmente, melhorou a comunicação entre os profissionais e os diversos setores de internação dentro da instituição. A implementação do primeiro documento de transferência interna de informações do paciente entre diferentes setores foi estabelecida. O objetivo de diminuir a ocorrência de incidentes e estimular a participação de toda a equipe para a melhoria contínua deste processo foi atingido.

**Conflitos de interesse:** As autoras declaram que não houve conflito de interesses.

### *2.2.16 Construção do Processo de Mudanças Estruturais, de Segurança e Boas Práticas no Preparo de Medicamentos Injetáveis*

**Autores:** Camila F. Mesquita, Milene T. Resende, Lucas M. Gomes, Gloria Regina A. A. Magalhães, Claudia S. M. N. Ferreira

**E-mail de contato:** camila\_mesquita@hotmail.com

**Introdução:** Erros envolvendo os processos de medicação por via parenteral ocorrem frequentemente em hospitais e são classificados como evitáveis. Problemas no ambiente, processos de preparo e o local de acondicionamento, contribuem para a ocorrência desses erros que põem em risco a segurança do paciente.

**Justificativa e objetivos:** A qualidade do cuidado e garantia da segurança do paciente do HFSE submetido ao tratamento medicamentoso parenteral depende de soluções dos erros evitáveis. Assim buscou-se, a partir de propostas da equipe de enfermagem, a construção de uma tabela para organizar e melhorar o processo de trabalho.

**Metodologia:** Estudo exploratório descritivo, quanti-quali em 10 enfermarias do HFSE no período de abril e maio de 2016. Utilizou-se técnicas de observação sistemática no formato de check-list baseado na RDC 45,50 e Portaria 344/98 para diagnóstico de adequação dos locais de preparo de medicação parenteral e entrevista semiestruturada com as equipes de enfermagem.

**Resultados:** Foram identificadas inadequações em relação ao local de preparo de medicação parenteral. Entre elas estão: seis enfermarias apresentaram as bancadas e locais de armazenamento com materiais pessoais e/ou materiais não relacionados ao preparo; em quatro o armazenamento e a limpeza eram inadequadas; sete bancadas apresentavam superfícies irregulares; nenhum setor estudado teve treinamento periódico e em todos os setores haviam EPI disponível, porém apenas em dois eram completamente utilizados.

**Discussão:** É possível dizer que as dez unidades apresentam algumas não conformidades aos padrões previstos pelas RDCs 45 e 50. No entanto, a grande maioria das queixas e observações podem ser trabalhada e melhorada a partir de ações simples que envolvem a própria equipe de enfermagem e setores parceiros. Os resultados encontrados de não conformidade com os RDCs corroboram com estudos de outros hospitais públicos e privados do Brasil.

**Conclusão:** Para melhorar a conformidade aos padrões previstos, considera-se necessário trabalhar um instrumento de organização sistemática construído de maneira ativa pela equipe e chefia de enfermagem de cada setor, diagnosticando problemas e elaborando propostas de mudanças e distribuição de tarefas.

**Conflitos de Interesse:** Não há conflito de interesse nesse estudo.

### *2.2.17 Avaliação da Identificação das Prescrições de Pacientes Internados de um Hospital Federal Do Rio De Janeiro*

**Autores:** Ana Cláudia A. Ribeiro, Mariana T. Barroso, Thacid K. C. Medeiros

**E-mail de contato:** anaclaudiaar@gmail.com

**Introdução:** Erros de medicação são considerados eventos adversos evitáveis que podem ocorrer durante o processo de medicação. Para minimizar riscos, a OMS lançou o programa Aliança Mundial pela Segurança do Paciente, onde a meta 1 diz respeito a identificação correta do paciente e ao seu atendimento.

**Justificativa e objetivos:** A ilegibilidade ou falta de informações sobre o paciente na prescrição pode ocasionar erros graves, por dificultar a identificação do mesmo. Com isso, este estudo objetiva-se em avaliar quantitativamente e qualitativamente as prescrições de pacientes internados, com ênfase na identificação correta.

**Metodologia:** Estudo descritivo retrospectivo transversal onde foram avaliadas 6.146 prescrições de pacientes internados em agosto de 2016. Verificou-se a conformidade da identificação dos pacientes nas prescrições com o recomendado pela instituição que possui um sistema informatizado e permite impressão de etiquetas para prescrições não realizadas via sistema.

**Resultados:** 65% das prescrições analisadas foram elaboradas pelo sistema, com um padrão de informações para identificação do paciente; 7% das prescrições não eram do sistema, porém estavam identificadas com etiqueta contendo dados do paciente; e 28% das prescrições estavam inadequadas, por não serem oriundas do sistema e não apresentarem etiqueta de identificação do paciente. Além disso, 9% das prescrições manuscritas, 9% digitadas e 6% não possuíam nem etiqueta nem identificação quanto ao setor de origem.

**Discussão:** A não conformidade das prescrições concentra-se nas clínicas cirúrgicas (41%) e na unidade de atendimento a emergências (34%). Nas clínicas cirúrgicas, 29% das prescrições são digitadas indicando que a não conformidade não ocorre pela falta de computador. Na unidade de atendimento a emergências as prescrições em não conformidade podem ser justificadas pela necessidade de um atendimento rápido que ocorre antes mesmo que o paciente seja internado.

**Conclusão:** Existe uma alta taxa de inadequação nas prescrições, principalmente na identificação dos pacientes. Com isso, sugere-se que seja realizado um trabalho de conscientização e treinamento dos profissionais prescritores, levantando a importância da identificação nas prescrições para minimização de erros.

**Conflitos de interesse:** Os autores declaram que não há conflitos de interesse no presente trabalho.

### *2.2.18 Intervenções de Enfermagem para Clientes em Radioterapia – Revisão Integrativa*

**Autores:** Danielle S. Gonzaga, Silvio C. da Conceição

**Introdução:** A radioterapia é um tratamento coadjuvante utilizado para o combate de células neoplásicas e consiste na irradiação da área de interesse com radiação ionizante. Além da proteção das estruturas adjacentes à região tratada também é necessário promover a proteção do profissional e realizar ações para diminuir a ocorrência de efeitos colaterais.

**Justificativa e objetivos:** A equipe de enfermagem atua intensamente durante todas as etapas da radioterapia e, portanto, a identificação das intervenções de enfermagem mais prevalentes durante o tratamento torna-se um objeto de estudo relevante. O presente estudo objetivou identificar e qualificar as principais intervenções de enfermagem aos clientes em radioterapia.

**Metodologia:** Revisão integrativa da literatura, na qual foram exploradas as principais bases de dados de evidências científicas em português, inglês e espanhol. A busca dos artigos científicos foi realizada entre os meses de maio e julho de 2016 por dois revisores, utilizando associações específicas de descritores em saúde.

**Resultados:** As bases utilizadas foram BDENF, LILACS e MEDLINE. 32 artigos foram selecionados para a leitura do texto completo, resultando em uma amostra de 10 artigos incluídos no estudo. As intervenções identificadas na amostra voltaram-se a orientação sobre o tratamento, proteção radiológica e controle de efeitos colaterais. Adicionalmente, foi possível determinar os principais problemas de enfermagem apresentados pelos pacientes, familiares e cuidadores.

**Discussão:** Os principais problemas identificados relacionam-se à nutrição, promoção do autocuidado, auto estima e integridade da pele, sendo as intervenções focadas nas respectivas necessidades. O número de trabalhos identificados é incipiente, e baseados no tratamento de neoplasias em diferentes regiões do corpo. Não foram identificadas propostas de sistematização dos cuidados de enfermagem ao perfil da clientela do presente estudo.

**Conclusões:** Foi possível identificar problemas e intervenções de enfermagem aos clientes em radioterapia. Além de garantir a segurança do paciente, com a redução de eventos adversos, estas variáveis podem assegurar a proteção do profissional e diminuir o número de efeitos colaterais. A revisão mostrou a necessidade do desenvolvimento de futuros estudos.

**Conflitos de interesse:** Não há conflitos de interesse.

### *2.2.19 Análise Farmacoeconômica do Reaproveitamento de Medicamentos Antineoplásicos Injetáveis Reconstituídos*

**Autores:** Ana Carolina F. B. da Silveira, Ana Paula Antunes, Gabriela B. G. Mosegui

**E-mail de contato:** silveira.acarolina@gmail.com

**Introdução:** A manipulação dos antineoplásicos injetáveis, privativa do farmacêutico, gera sobras de medicamentos cujo descarte acarreta perdas de investimentos. Usando métodos de otimização do consumo, padrões de qualidade na manipulação e estabilidade dos medicamentos, pode-se economizar com a guarda e uso posterior das sobras de antineoplásicos.

**Justificativa e objetivos:** Minimizar custos é uma prática valorizada por gestores, que alocam recursos limitados conforme as necessidades de suas unidades hospitalares. Estimar a economia do aproveitamento de sobras impactaria positivamente os profissionais envolvidos com antineoplásicos, incentivando a racionalização do uso. Objetiva-se analisar o impacto econômico do aproveitamento de sobras no orçamento de antineoplásicos.

**Metodologia:** Preencheu-se uma tabela semanal identificando nomes e quantidades dos medicamentos com sobras ao fim da rotina, e se foram posteriormente aproveitadas. Estimou-se o custo do miligrama dos ativos, das sobras totais e utilizadas, e comparados com o custo do consumo total durante 7 meses. Dados consolidados no Excel®.

**Resultados:** O valor das sobras de medicamentos representou 1,8% do custo total com antineoplásicos do setor de oncologia no período, dos quais aproximadamente 50% foram aproveitados.

**Discussão:** Os percentuais refletem o esforço da equipe de farmácia na minimização de desperdícios, observado durante a coleta de dados.

**Conclusões:** O farmacêutico detém o conhecimento para garantir a manipulação de medicamentos antineoplásicos com segurança e qualidade, otimizando limitados recursos financeiros disponíveis através de atividades do âmbito da sua profissão e contribuindo para melhorar a assistência farmacêutica.

**Conflitos de interesse:** Não há.

### *2.2.20 Análise de Compatibilidade Físico-Química e Administração Segura de Medicamentos Injetáveis em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica*

**Autores:** Francisco A. Farias Filho, Philipe V. Souza, Cheli C. Rocha

**E-mail de contato:** jdezbr@yahoo.com.br

**Introdução:** Uma unidade de terapia intensiva neonatal é um ambiente de alto risco para erros de medicação, principalmente os relacionados à incompatibilidade físico-química durante a administração de medicamentos injetáveis e nutrição parenteral.

**Justificativa e objetivos:** O presente trabalho propõe a criação de uma tabela prática para a análise da compatibilidade, ajudando farmacêuticos a realizar procedimentos cada vez mais seguros.

**Metodologia:** O trabalho foi feito a partir da análise de 604 prescrições, realizando o levantamento dos medicamentos mais utilizados de acordo com o perfil da unidade. Foram realizadas também buscas na literatura a fim de analisar os dados de compatibilidade físico-química entre os medicamentos.

**Resultados:** Após análise das prescrições, observou-se que 25% delas precisavam de orientações específicas para a administração de injetáveis. Após o levantamento de dados sobre compatibilidade físico-química na literatura, criou-se uma tabela cruzando estas informações entre todos os medicamentos em questão.

**Discussão:** A tabela esclarece aproximadamente mil dúvidas sobre a compatibilidade de medicamentos e cria um ambiente de maior segurança para os leitos pediátricos do país. Estes dados auxiliam na administração segura de medicamentos parenterais em pediatria, podendo também ser adaptadas para unidades adultas.

**Conclusões:** A tabela criada é visualmente fácil de ser entendida. A mesma, de maneira objetiva, possibilita maior segurança na administração de medicamentos injetáveis em pacientes pediátricos.

**Conflitos de interesse:** Declaro não ter conflitos de interesse. Título do trabalho: Análise de Compatibilidade Físico-Química e Administração Segura de Medicamentos Injetáveis em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica



## 2.2.21 Atenção Farmacêutica a Portadores de Hepatite C Crônica em Uso de Antivirais de Ação Direta (DAA) em um Hospital Federal no Rio de Janeiro

**Autores:** Gabriel S. Duarte, Verônica C. Crisante, Silvana A. Capitani, Ana Paula Antunes

**E-mail de contato:** gabrielsd307@gmail.com

**Introdução:** A hepatite C é uma doença de complexo diagnóstico e terapêutica, podendo evoluir para cirrose hepática e câncer, tornando seu tratamento indispensável. Atualmente existem os DAA Sofosbuvir, Daclatasvir e Simeprevir que são utilizados por menor período de tempo com menos efeitos adversos reduzidos, requerendo boa adesão ao tratamento.

**Justificativa e Objetivos:** A atenção farmacêutica é o acompanhamento do tratamento medicamentoso do paciente constituindo uma ferramenta importante para melhor adesão e resultados clínicos referentes à farmacoterapia. Este trabalho tem como objetivo demonstrar os resultados do Serviço de Atenção Farmacêutica realizado no hospital.

**Metodologia:** Realizou-se estudo observacional descritivo no Serviço de Atenção Farmacêutica no período de novembro/2015 a agosto/2016. Os pacientes encaminhados pelo Serviço de Gastroenterologia são acompanhados durante o tratamento, verificando possíveis interações medicamentosas, reações adversas a medicamento e adesão ao tratamento. O trabalho tem aprovação do Conselho de Ética e Pesquisa.

**Resultados:** Foram atendidos 223 pacientes, sendo 60% mulheres e 40% homens, com faixa etária prevalente de 51 – 70 anos (70%). Do total, 6 foram a óbito, 186 pacientes (84%) finalizaram o tratamento e 37 (16%) ainda o realizam. Todos fazem uso do Sofosbuvir associado a: 70% com Daclatasvir e 30% com Simeprevir dependendo do genótipo do vírus e da situação clínica do paciente. Em relação as RAM, 33 (14%) pacientes não relataram nenhum tipo. As prevalentes foram fadiga (42%), cefaleia (39%) e náusea (16%), tontura (14%), insônia (14%) e prurido (13%).

**Discussão:** As intervenções são feitas através de orientações ao paciente e havendo necessidade o mesmo é encaminhado imediatamente à equipe médica. Almeja-se através da adesão a farmacoterapia que o paciente consiga a resposta virológica sustentada (carga viral indetectável após seis meses do término do tratamento). Com isso denomina-se que a doença está controlada. Nesse âmbito o vínculo estreitado entre o farmacêutico e paciente é de suma importância para detecção das reações adversas e curso estável da farmacoterapia.

**Conclusão:** A Atenção Farmacêutica permite maior contato com o paciente, sendo importante para melhorar adesão ao tratamento, esclarecimento das dúvidas que surgem ao longo do mesmo, bem como auxiliar nas chances do sucesso da farmacoterapia no que tange detecção de reações adversas ou outros problemas que poderiam causar o abandono do tratamento.

**Conflitos de interesse:** Os participantes do estudo não apresentam conflito de interesse com o trabalho desenvolvido.



## 2.2.22 Índice de Complexidade da Farmacoterapia para Pacientes com Insuficiência Cardíaca em um Hospital Universitário do Rio de Janeiro

**Autores:** Erika B. de Oliveira, Ranieri C. Camuzi, Selma R. de Castilho

**E-mail de contato:** erikabarreto@id.uff.br

**Introdução:** A insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome complexa, muito prevalente, de alta morbimortalidade e, frequentemente, associada a comorbidades, de modo que os pacientes são submetidos à polifarmácia, que aumenta os riscos da terapia e a torna mais complexa e de adesão mais difícil.

**Justificativa e objetivos:** Considerando-se que o índice de complexidade da farmacoterapia prescrita (ICFT) pode auxiliar no planejamento de intervenções para melhorar a farmacoterapia, suas segurança e efetividade, objetivou-se inferir o ICFT para pacientes com IC acompanhados em um Hospital Universitário do Rio de Janeiro.

**Metodologia:** Estudo transversal, descritivo, analisou as prescrições dos pacientes atendidos, de janeiro a março/2016, no projeto “Intervenções Farmacêuticas na Insuficiência Cardíaca”, autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa institucional. A avaliação das prescrições pelo ICFT considerou as formas de dosagem, as frequências de dose e as instruções adicionais.

**Resultados:** Foi avaliado o ICFT de 28 prescrições não repetidas. Considerando que não há valores de cortes definidos para classificação do ICFT, realizou-se a análise pelo esquema de cinco números: mínimo=9,0; 1º Quartil=15,0; mediana=16,0; 3º Quartil=18,0; máximo=30,0 (média=16,9±5,59). As características predominantes foram: cápsulas/comprimidos (99%); 1x/dia (32%) e 12/12h (24%); horário específico (18%); e polifarmácia (89,3%), sendo que o número de medicamentos por prescrição variou de 4 a 12.

**Discussão:** Ainda são poucos os estudos brasileiros que analisaram o ICFT. A média aqui verificada foi superior ao resultado apresentado por 2 estudos brasileiros, sendo um com idosos e outro com diabéticos, indicando uma maior complexidade da farmacoterapia no grupo aqui estudado. A predominância de polifarmácia e o ICFT diretamente proporcional ao número de medicamentos por prescrição indicam a oportunidade para intervenções no sentido de melhorar a segurança e a efetividade dos tratamentos prescritos.

**Conclusões:** O método permitiu inferir o ICFT nas prescrições estudadas. A amostra limitada exige cautela na extrapolação dos dados, mas permite análises de perfil e de oportunidades para possíveis intervenções para melhoria da segurança e da farmacoterapia no grupo estudado. Novos estudos poderão confrontar o ICFT e outros fatores à adesão.

**Conflitos de Interesse:** Os autores declaram que todos os recursos e apoio financeiro, diretos e indiretos, que viabilizaram a realização deste trabalho foram de origem pública; nos últimos 5 anos e para o futuro próximo não possuem conflito de interesse de ordem pessoal, comercial, acadêmica, política ou financeira com qualquer instituição privada.

### 2.2.23 Avaliação dos Custos de Esterilização de Compressas Cirúrgicas e Melhoria da Qualidade em Hospital Geral de Grande Porte

**Autores:** Filipe C. Macario, Plínio T. B. C. da Cunha

**E-mail de contato:** filipemacario@gmail.com

**Introdução:** Os ganhos de qualidade estão relacionados à melhoria da gestão hospitalar. O trabalho visou auxiliar a gestão, dada percepção do setor de esterilização de que as atividades de preparo e esterilização de compressas cirúrgicas seriam mais onerosas do que a aquisição de compressas cirúrgicas estéreis.

**Justificativa e objetivos:** Determinar o custo unitário do processo de esterilização de compressas cirúrgicas na Central de Material Esterilizado (CME) do Hospital e comparar com o custo de aquisição de compressas cirúrgicas já estéreis.

**Metodologia:** Com base no Custeio Baseado em Atividades foi feito estudo de caso na Central de Material Esterilizado de um hospital geral de grande porte localizado no Rio de Janeiro. Dividido em quatro etapas: Diagnóstico do objeto; Mapeamento dos subprocessos e atividades; Custeio dos subprocessos, atividades e direcionadores de recursos; Custeio do processo.

**Resultados:** A mão de obra representou 68,9% dos custos do processo de esterilização de compressas cirúrgicas. O valor pago pelo hospital para aquisição de 50 unidades de compressas cirúrgicas não estéreis foi de R\$26,26. Já o pacote contendo 5 unidades da compressa estéril custou R\$3,55. Ao valor da unidade não estéril foi acrescido o custo unitário de esterilização de R\$0,30 atingindo um montante de R\$0,82 por unidade. Enquanto a compressa estéril custa R\$0,70 a unidade.

**Discussão:** A melhoria da qualidade dos serviços de saúde está diretamente relacionada ao aprimoramento dos modelos de gestão hospitalar principalmente em por se tratar de uma atividade com custos em elevação. Assim, as gerências administrativa e financeira devem buscar maneiras de reduzir custos sem afetar a qualidade de seus serviços.

**Conclusões:** O método de custeio baseado em atividade aparece como ferramenta útil para tomada de decisões gerenciais. Os resultados mostraram que é mais vantajosa a aquisição de compressas cirúrgicas estéreis, ao invés de comprar compressas não estéreis e submeter ao processo de esterilização no hospital.

**Conflitos de interesse:** Pode haver conflitos de interesse na análise do custo da mão de obra, pois ao superdimensionar o tempo de cada tarefa haveria uma estimativa de custo elevada o que pode promover uma desnecessária redução do nível de trabalho realizado pelos profissionais envolvidos.

### 2.2.24 O Manejo de Resíduos Farmacológicos no Cenário Hospitalar: Uma Revisão Integrativa de Literatura

**Autores:** Patriny Marcelle M. Gomes, Maria G. R. Mesquita, Graciele O. Paes

**E-mail de contato:** patrinymb@gmail.com

**Introdução:** Com o progresso tecnológico e o crescimento populacional, houve aumento na demanda por serviços de saúde e, conseqüentemente, aumento da geração de resíduos de serviços de saúde (RSS). Nesse contexto, destacam-se os resíduos químico-farmacêuticos. Estes oferecem grande risco ambiental e necessitam de grande atenção no seu descarte.

**Justificativa e objetivos:** Identificar as produções científicas atuais acerca do manejo de resíduos farmacêuticos, descrever as produções mais relevantes da temática e analisar as produções à luz do cenário internacional atual.

**Metodologia:** Revisão integrativa com dados coletados nas bases LILACS, WEB OF SCIENCE, BDNF, MEDLINE, PUBMED e CINAHL. Foram utilizados os descritores “Gerenciamento de Resíduos”, “Preparações Farmacêuticas” e “Eliminação de resíduos de serviços de saúde”. Foram utilizados os filtros: artigos disponíveis na íntegra, publicações do período de 2011 a 2016 nos idiomas português, inglês e/ou espanhol. Critérios de inclusão: estudos contemplados no cenário hospitalar e que abordem o gerenciamento de resíduos químico-farmacêuticos. Como critérios de exclusão adotaram-se: artigos que tratem de ambientes extra-hospitalares, estudos acerca de administração de medicamentos, protocolos e artigos duplicados.

**Resultados:** Foram captadas 660 publicações nas bases de dados, mas apenas 4 se enquadraram nos critérios de inclusão e foram selecionados para compor a amostra da pesquisa.

**Conclusão:** A produção acerca do gerenciamento de resíduos químico-farmacêuticos ainda é muito deficiente. Torna-se evidente a necessidade de maiores estudos na temática e abordagem do manejo nos cursos de graduação.

**Conflitos de interesse:** A pesquisa não possui conflitos de interesse.

### 2.2.25 Monitoramento de Pacientes em Uso de Medicamentos Durante Internação em Hospital Ortopédico

**Autores:** Isabel G. S. Corrêa, Silvia Cristina S. V. Sousa, Sandra Elena C. M. dos Santos

**E-mail de contato:** byisagal@gmail.com

**Introdução:** As reações adversas a medicamentos (RAM) representam um dos principais problemas relacionados aos cuidados de saúde, pois além de causarem danos ao paciente, provocam também um forte impacto econômico. Para contribuir com o Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária é fundamental a criação de estratégias eficazes de busca e análise desses eventos.

**Justificativa e objetivos:** A notificação espontânea de RAM representa um pequeno percentual dos eventos ocorridos devido à subnotificação. O uso de monitoramento ativo *trigger tools* é uma estratégia alternativa e eficaz. Este trabalho tem por objetivo descrever a ocorrência de RAM em um

hospital ortopédico, no período de março a agosto de 2016 com o uso desta metodologia.

**Metodologia:** Estudo descritivo e prospectivo, realizado entre Março e Agosto de 2016, onde foram acompanhados através de um formulário padronizado os pacientes internados, que seguiram ao menos dois, dos seguintes critérios: 1)prescrição de medicamentos com menos de dez anos no mercado; 2)prescrição de medicamentos antídotos e antialérgicos; 3)alterações de hemograma, coagulograma e função hepática.

**Resultados:** No período foram monitorados 35 pacientes, dos quais 21 geraram 27 notificações. A idade média destes pacientes foi de 51 anos (IC 95% 43 – 59), com predomínio do sexo masculino (67%). As notificações são relacionadas a 41 suspeitas de reações adversas a 45 medicamentos diferentes. Os tipos de RAM predominantes foram aqueles que envolveram o Sistema Tegumentar (34%), seguido do Sistema Gastrointestinal (29%) e Sistema Nervoso Central (20%). Dos medicamentos suspeitos de terem causado as RAMs, 71% foram os antibióticos e 16% os que agem no Sistema Nervoso Central.

**Discussão:** A frequência de RAM depende de diferentes fatores, tais como o perfil do hospital e de seus pacientes, da severidade das doenças, dos medicamentos prescritos, assim como da metodologia empregada para detecção de RAM. Foi demonstrado que os pacientes com suspeita de RAM são sobretudo do sexo masculino e de meia idade. Os medicamentos suspeitos são os antibióticos e acometem a pele e seus anexos. Para uma análise mais ampla, faz-se necessário analisar a causalidade das RAM por algoritmos preconizados, assim como sua gravidade.

**Conclusões:** A multidisciplinaridade é de grande importância na detecção e monitoramento das RAMs. É fundamental que a equipe de saúde esteja atenta a reconhecer potenciais problemas relacionados à segurança dos pacientes. A metodologia *trigger tools* é uma ferramenta eficaz para alertar para a investigação, evitando a subnotificação de eventos.

**Conflitos de interesse:** As autoras afirmam que não enfrentam qualquer conflito de interesse com o tema abordado no estudo. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética do INTO (CAEE 0050.0305.000-10).

### 2.2.26 Mudança na Identificação de Medicamentos com Nomes Semelhantes na Grafia ou Som em uma Farmácia Hospitalar

**Autores:** Thacid K. C. Medeiros, Jackeline L. dos Santos, Fillipe P. Moreira, Andressa B. D. de Souza, Mariana T. Barroso, Ana Claudia A. Ribeiro

**E-mail de contato:** thacid@gmail.com

**Introdução:** A segurança do paciente é considerada como medida da qualidade da assistência nos serviços de saúde. Medicamentos com nomes semelhantes na grafia ou som, assim como os potencialmente perigosos, são considerados importantes fontes de erros de medicação e possuem recomendações preventivas do seu uso.

**Justificativa e objetivos:** Identificar e reorganizar os medicamentos de uma farmácia hospitalar no Rio de Janeiro, segundo recomendações descritas em literatura para diferenciação de medicamentos com grafia ou som semelhantes (MGSS), sinalização dos medicamentos potencialmente perigosos (MPP) e dos medicamentos de controle especial (MCE).

**Metodologia:** Estudo descritivo, transversal e intervencionista, realizado em agosto de 2016. Entre os medicamentos padronizados buscou-se MGSS relacionados no boletim do ISMP Brasil, para

modificação das etiquetas de identificação, com alterações na grafia segundo a técnica *tall man letter*. Com fitas nas cores vermelha e preta foram sinalizados os MPP e os MCE.

**Resultados:** As atividades propostas foram realizadas com êxito, ao implementar no serviço de farmácia da instituição uma das medidas preventivas, admitidas internacionalmente e recomendadas pelo ISMP Brasil, para minimizar a ocorrência de erros de medicação. Além disso, foi observada melhora na organização e no processo de armazenamento e dispensação dos medicamentos, colaborando respectivamente, para otimização dos recursos em saúde e na segurança ao paciente.

**Discussão:** Essas ações passaram a fazer parte da rotina e trouxeram benefícios ao serviço de farmácia, promovendo auxílio aos profissionais envolvidos na etapa de dispensação de medicamentos, conduzindo-a de forma mais segura e eficiente, e minimizando a ocorrência de confusão e troca entre os medicamentos em dois processos: na separação dos medicamentos para atendimento correto da prescrição médica, e na reposição dos itens nos locais de armazenamento.

**Conclusões:** Pode-se verificar a importância do trabalho realizado como contribuição na melhoria da segurança do paciente em todo o processo de utilização de medicamentos na instituição, com o intuito de reduzir a ocorrência de erros de medicação e consequentemente minimizar o acometimento de danos aos pacientes.

**Conflitos de interesse:** Os autores declaram que não há conflitos de interesse no presente trabalho.

### *2.2.27 Intervenção Farmacêutica na Gestão dos Indicadores de Qualidade em Terapia Nutricional no Hospital Universitário Antônio Pedro*

**Autores:** Francis F. Villaça, Marcia S. Antunes, Luiz S. Chini, Ranieri C. Camuzi

**E-mail de contato:** francisvillaca@id.uff.br

**Introdução:** A Gestão de Qualidade em Terapia Nutricional (TN) implica em Procedimentos como: Elaboração e Padronização de Boas Práticas; Controle de Registros; Ações Preventivas e Corretivas; seguimento de Efeitos Adversos; Revisão e Adequação dos processos de acordo com os objetivos da Comissão de TN Enteral e Parenteral.

**Justificativa e objetivos:** Apresentar os Indicadores previamente elaborados para os programas de TN, em uma Unidade Hospitalar, apurados pela Equipe de Terapia Nutricional (EMTN) e avaliados pela Comissão de TN.

**Metodologia:** Foram elaborados CHECK-LISTS específicos para os membros da EMTN e para monitoramento de 3 Indicadores de Qualidade: (a) Frequência de Estimativa do Gasto Energético Total e Necessidades Proteicas (b) Tempo de Jejum até início da TN e (c) Frequência de realização de Exames Bioquímicos admissionais à TN.

**Resultados:** O período analisado foi de Outubro de 2013 a Junho 2016, sendo incluídos 406 pacientes em TN. As intervenções realizadas são: Interação Medicamento-Medicamento; Medicamento-Nutriente; Medicamento-Patologia; Via de Administração; Dose; Exames Laboratoriais; Medicamentos em duplicidade e Forma Farmacêutica. A frequência para os IQ foram: (a)94%; (b)70%; e (c)19%.

**Discussão:** A manutenção de Programas de Qualidade, mesmo que básicos, é dificultada em hospitais de alta rotatividade. O menor tempo de jejum reflete preocupação do Corpo Clínico, e consequentemente, melhora a eficácia na Triagem Nutricional. A solicitação dos exames laboratoriais

iniciais à TN deve ser acompanhada, pois é parte do cuidado nutricional. A taxa de aceitação das intervenções ainda é inferior ao esperado.

**Conclusões:** O controle sobre os procedimentos permite medidas corretivas e preventivas. Para minimizar os riscos, para a elaboração de Protocolos e Diretrizes internos, a atuação plena da EMTN é fundamental, que levam a obtenção de resultados mais eficazes, com a redução da mortalidade e tempo de internação.

**Conflitos de interesse:** Não há conflitos de interesse com este relato.

### *2.2.28 Padronização dos Atendimentos dos Diabéticos do Programa de Assistência ao Diabético do Hospital Federal de Bonsucesso*

**Autores:** Marilena M. Cordeiro, Maria Lucia R. Quinta, Liliana R. do Amaral

**E-mail de contato:** luciarosaquinta@oi.com.br

**Introdução:** A diabetes é uma grave enfermidade crônica, sendo um importante problema de Saúde Pública. Todos os tipos de diabetes podem provocar complicações em muitas partes do organismo, aumentando o risco geral de morte prematura. O Programa se estruturou com uma equipe multidisciplinar para ajudar o usuário e orientar o controle de sua doença, prevenindo o aparecimento de complicações. Realiza o atendimento clínico da equipe, reuniões mensais de educação, salas de espera, grupos com usuários e familiares, rodas de conversa com usuários internados, visando à educação, informação atualizada para os cuidados no cotidiano e garantir a qualidade e segurança do processo de atendimento aos usuários.

**Justificativa e objetivos:** Justifica-se organizar os processos e a padronização dos atendimentos para maior visibilidade das ações desenvolvidas no Programa de Assistência ao Diabético sistematizado por meio dos fluxogramas. O Programa de Assistência ao Diabético existe desde 1975, estamos estruturando-o, atualizando a portaria, criando novos fluxos, descrevendo cada profissão do Programa e seus instrumentos, elaborando planos de cuidado e confeccionando cartilha para o trabalho de educação e diabetes. Na tentativa de sistematizar o atendimento do usuário e seus familiares. Padronizar os atendimentos dos usuários do Programa no HFB e os planos de cuidado, implementando os indicadores do processo de produção e qualidade.

**Metodologia:** Descrição dos processos, por meio de fluxogramas no atendimento de usuários de primeira vez, subseqüentes e internados na unidade.

**Resultados:** Uniformização das atividades; redução de riscos; melhoria contínua dos processos de atendimento ao usuário diabético.

**Discussão:** Com os fluxogramas podemos ampliar a comunicação e sistematizar os atendimentos ao diabético no hospital, abrangendo toda a equipe multidisciplinar.

**Conclusão:** Com a implantação dos fluxogramas, foi criado o plano de cuidado, uma ferramenta que nos permite aumentar a qualidade e a segurança do atendimento prestado aos usuários diabéticos.

**Conflitos de interesse:** Não há.

### 2.2.29 O Ambiente do Cuidado e a Segurança do Paciente Idoso Hospitalizado: Uma Revisão Integrativa para a Enfermagem

**Autores:** Thayane D. dos Santos, Carla L. P. Chibante, Fátima Helena do Espírito Santo, Karinne Cristinne S. Cunha

**E-mail de contato:** thyanedsantos@hotmail.com

**Introdução:** As alterações fisiológicas inerentes ao envelhecimento associadas às condições não favoráveis de envelhecimento culminam no risco elevado para DCNTS, tornando os idosos mais vulneráveis à hospitalização e aos eventos adversos (EA) relacionados aos cuidados em saúde.

**Justificativa e objetivos:** A segurança é a dimensão mais crítica para os pacientes, sendo necessária a implementação de políticas e programas que melhorem a saúde, a participação e a segurança da pessoa idosa. Objetivo do estudo: identificar como a segurança do paciente idoso hospitalizado vem sendo abordada na literatura.

**Metodologia:** Revisão integrativa realizada nas bases de dados LILACS, SciELO, MEDLINE e PubMed. Critérios de inclusão: artigos em português, inglês e espanhol, publicados entre 2009 a 2015 e que abordem a temática. Critérios de exclusão: artigos repetidos nas bases e não relacionados à enfermagem. Para análise dos dados utilizou-se a categorização temática.

**Resultados:** Dos 25 artigos selecionados, 5 foram publicados em 2011 e 7 em 2012, demonstrando avanço no desenvolvimento de estudos sobre a temática. As categorias temáticas foram: Promoção de cuidado afetivo e seguro na percepção dos enfermeiros e dos idosos hospitalizados; Eventos adversos em idosos hospitalizados; Fatores de risco para quedas em idosos: proporcionando um ambiente hospitalar seguro; Os desafios para a implementação de um ambiente do cuidado seguro e de qualidade ao idoso hospitalizado.

**Discussão:** Os idosos experimentam mais EA do que os pacientes mais jovens, com consequências mais graves, sendo a maioria desses incidentes evitáveis (*delirium*, quedas, úlceras de pressão, incontinência urinária ou fecal, eventos associados a medicamentos, infecção hospitalar), com predomínio destes sujeitos nas enfermarias de clínica médica.

**Conclusões:** Constataram-se lacunas do conhecimento sobre a segurança do idoso hospitalizado, sendo necessário a realização de mais estudos sobre a temática, a descrição de um ambiente adequado e implementação de programas de melhoria da qualidade do cuidado ao idoso.

**Conflito de interesse:** Não há conflito de interesses.

### 2.2.30 A Importância da Notificação para Segurança e Qualidade da Terapia Infusional

**Autores:** Monaliza G. Pereira, Renato D. B. Filho, Wilton G. Ferreira, Sandro F. Cruz

**E-mail de contato:** monalizagomes@yahoo.com.br

**Introdução:** A Gerência de Risco tem sua atuação focada no monitoramento de incidentes e queixas técnicas para melhorar a qualidade e mitigação de riscos.

**Justificativa e objetivos:** A aplicação de medicamentos por via endovenosa é uma preocupação constante, qualquer erro durante o processo de administração pode gerar graves consequências, podendo ser fatal. Avaliar uma notificação voluntária relacionada à suspeita de inefetividade



terapêutica na administração de solução de insulina por via endovenosa, utilizando bomba infusora e equipo específico paratecnologia.

**Metodologia:** Estudo descritivo e exploratório de notificação voluntária relacionada a suspeita de inefetividade terapêutica do medicamento insulina, durante tratamento de hiperglicemia, onde o notificador associou a cor da embalagem do equipo a efetividade e eficácia do medicamento. O equipo possuía em sua fabricação composto químico chamado PVC (cloreto de polivinila).

**Resultados:** A investigação do incidente evidenciado que houve interação do medicamento insulina com o PVC do equipo, causando um fenômeno chamado adsorção que consiste na adesão de moléculas de um fluido a uma superfície sólida conseqüentemente saturando a luz do equipo e diminuindo a concentração da solução infundida no paciente, fazendo com que o profissional aumentasse o volume de infusão para obter um resultado de glicemia favorável. Sendo assim, quando havia troca do equipo e era mantido o mesmo volume de infusão, acredita-se que esse fenômeno não havia acontecido conseqüente havia queda brusca da glicemia do paciente. Considerando ainda, em uma das embalagens avaliadas, como informação pertinente da investigação a presença da simbologia da substância química DEHP na fabricação do produto. Substância esta que é utilizada para tornar o plástico de PVC flexível e apresenta alta toxicidade para a saúde e meio ambiente.

**Discussão:** O sistema de saúde configura um complexo de variedades de novas tecnologias e técnicas para atender a necessidade de novas alternativas de terapia, gerando inúmeros benefícios à população e ocasionando também novos riscos. Nos hospitais, as pessoas estão constantemente expostas aos ftalatos (DEHP, sigla em inglês) denominado di(2-etilhexil) ftalato que consiste em um tipo de plástico muito utilizado nos produtos hospitalares, podendo ser perigoso aos pacientes, ao meio ambiente e à saúde pública, contraindicado por interação com alguns medicamentos.

**Conclusão:** A investigação da notificação voluntária possibilitou a identificação dos fatores contribuintes, bem como falhas latentes relacionadas à usabilidade do profissional que presta assistência direta ao paciente e conseqüentemente a identificação de não conformidade na descrição da rotulagem, reconhecida pela empresa e corrigida pelo fabricante. Foram propostas ações de melhoria pela Gerência de Risco ao gestor institucional com o objetivo de revisão do processo relacionado aos insumos e usabilidade, na busca de prevenção e mitigação de danos relacionados ao processo de terapia infusional.

**Conflitos de interesse:** Não há.

### *2.2.31 Administração de Medicações Intramusculares: Saberes da Equipe de Enfermagem*

**Autores:** Matheus K. dos Anjos, Maiara B. Moreira, Maria G. R. Mesquita, Graciele O. Paes, Tainã C. S. S. de Oliveira

**E-mail de contato:** mkirtonster@gmail.com

**Introdução:** A administração de medicamentos injetáveis é um procedimento recorrente no ambiente hospitalar, porém demanda um conhecimento teórico-técnico específico, uma vez que falhas durante o procedimento podem gerar riscos de incapacidade e até morte ao paciente.

**Justificativa e objetivos:** descrever os saberes da equipe de enfermagem sobre a administração de medicamentos pela via intramuscular e analisar os achados mediante as boas práticas aplicadas a segurança do paciente.

**Metodologia:** Estudo quantitativo de abordagem descritiva analítica de tipologia transversal, tendo 70 profissionais de enfermagem, como participantes da pesquisa, de um Hospital Universitário do Rio de Janeiro.

**Resultados:** Mediante as medidas de controle de infecção, antes da administração dos medicamentos injetáveis, 92,9% realizam a higienização das mãos, 91,4% a desinfecção do frasco-ampola e 92,9% a antisepsia do local. Frente ao momento da administração, destaca-se que 90% realizam a troca de agulha para o preparo e administração.

**Discussão:** Identificou-se que os participantes estão de acordo com as novas evidências científicas, uma vez que em média 90% dos participantes realizam as medidas de controle de infecção. Porém, frente a troca de agulhas para o preparo e administração de medicamentos, as novas evidências não apontam a ocorrência de agravos que justifiquem tal procedimento.

**Conclusões:** Mediante a apresentação dessa pesquisa, a mesma cumpriu seus objetivos uma vez que descreveu os saberes da equipe de enfermagem acerca da administração de medicações por via intramuscular e analisou-os frente às boas práticas aplicadas a segurança do paciente.

**Conflitos de interesse:** Não há conflitos de interesse. **Título do trabalho:** Administração de Medicações Intramusculares: Saberes da Equipe de Enfermagem

**Autores:** Matheus K. dos Anjos, Maiara B. Moreira, Maria G. R. Mesquita, Graciele O. Paes, Tainã C. S. S. de Oliveira

**E-mail de contato:** mkirtonster@gmail.com

**Introdução:** A administração de medicamentos injetáveis é um procedimento recorrente no ambiente hospitalar, porém demanda um conhecimento teórico-técnico específico, uma vez que falhas durante o procedimento podem gerar riscos de incapacidade e até morte ao paciente.

**Justificativa e objetivos:** descrever os saberes da equipe de enfermagem sobre a administração de medicamentos pela via intramuscular e analisar os achados mediante as boas práticas aplicadas a segurança do paciente.

**Metodologia:** Estudo quantitativo de abordagem descritiva analítica de tipologia transversal, tendo 70 profissionais de enfermagem, como participantes da pesquisa, de um Hospital Universitário do Rio de Janeiro.

**Resultados:** Mediante as medidas de controle de infecção, antes da administração dos medicamentos injetáveis, 92,9% realizam a higienização das mãos, 91,4% a desinfecção do frasco-ampola e 92,9% a antisepsia do local. Frente ao momento da administração, destaca-se que 90% realizam a troca de agulha para o preparo e administração.

**Discussão:** Identificou-se que os participantes estão de acordo com as novas evidências científicas, uma vez que em média 90% dos participantes realizam as medidas de controle de infecção. Porém, frente a troca de agulhas para o preparo e administração de medicamentos, as novas evidências não apontam a ocorrência de agravos que justifiquem tal procedimento.

**Conclusões:** Mediante a apresentação dessa pesquisa, a mesma cumpriu seus objetivos uma vez que descreveu os saberes da equipe de enfermagem acerca da administração de medicações por via intramuscular e analisou-os frente às boas práticas aplicadas a segurança do paciente.

**Conflitos de interesse:** Não há conflitos de interesse.

### 2.2.32 *Uso da Crioterapia e Hidroterapia como Tecnologias para o Alívio da Dor Durante o Parto.*

**Autores:** Maiara C. Crespo, Fernanda C. Boldrini, Luiza Helena Paixão, Nadja C. O. Accacio, Ronald T. P. Fernandes

**E-mail de contato:** maiara.correa.enf@gmail.com

**Introdução:** O presente trabalho tem como linha de pesquisa o Cuidar no Processo Saúde-Doença. Objeto de estudo: Crioterapia e Hidroterapia para Analgesia do Transparto. Problema: Como a Crioterapia e a Hidroterapia funcionam no alívio da dor durante o trabalho de parto?

**Justificativa e objetivos:** O trabalho justifica-se, pois o Brasil pouco produz sobre este tema. A Organização Mundial de Saúde enfatiza que tecnologias de cuidado devem ser encorajadas. O objetivo do trabalho é descrever a Crioterapia e Hidroterapia como tecnologias utilizadas no alívio da dor durante o trabalho de parto.

**Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e do tipo bibliográfica, tendo como guia Malheiros (2010), Cervo e Bervian (2002), Gil (1999), Flemming & Briggs (2007). As buscas ocorreram nas bases de dados selecionados da Biblioteca Virtual de Saúde utilizando-se os descritores: trabalho de parto, crioterapia, hidroterapia, tecnologias não invasivas.

**Resultados:** As tecnologias descritas no estudo apresentam como benefícios a Redução da Dor na Região Tóraco-Lombar, Relaxamento Geral, Aumento do Limiar da Dor. Não interferiram na dinâmica uterina.

Sabe-se que a dor sentida pela parturiente na região tóraco-lombar são espasmos musculares instalados durante as contrações do útero no trabalho de parto. O relaxamento é considerado uma ausência de tensão muscular. Aumento do limiar da dor significa maior condição de vivenciar as dores das contrações.

**Discussão:** O alívio da dor na região tóraco-lombar da parturiente foi o primeiro efeito da crioterapia observada por Nunes (2012). O relaxamento geral das parturientes se consolida com a aplicação da crioterapia, não foi ainda encontrada nenhuma referência específica sobre tal ação. Ao ser aplicado crioterapia ao nível da medula para onde são conduzidas as informações sensitivas do útero gravídico, proporciona um decréscimo da transmissão das fibras de dor.

**Conclusões:** Ambas as tecnologias citadas (crioterapia e hidroterapia) são práticas seguras e efetivas no alívio da dor, logo, devem ser incentivadas e estimuladas no exercício diário das instituições de saúde que atendem ao serviço de obstetrícia.

**Conflitos de Interesse:** Os pesquisadores afirmam que não há conflitos de interesse.

### 2.2.33 Boas Práticas no Preparo e na Administração de Medicamentos Endovenosos: Contribuições para Segurança do Paciente

**Autores:** Mary Ane L. Etelvino, Camila Maiara S. M. Justino, Ludmila C. Fagundes, Luana F. de Almeida, Ronilson G. Rocha, Andrezza S. Franco

**E-mail de contato:** maryane-lessa@hotmail.com

**Introdução:** Para diminuir a incidência de erros no preparo e na administração de medicamentos é necessário a implementação de boas práticas, garantindo segurança e qualidade ao processo que está sob responsabilidade da equipe de enfermagem.

**Justificativa:** O manejo inadequado da terapia medicamentosa compromete a segurança do paciente, principalmente nos casos de medicamentos endovenosos, que têm ação imediata. Sendo assim, esse estudo teve por objetivo analisar o preparo e a administração de medicamentos endovenosos, por profissionais de enfermagem.

**Metodologia:** Estudo quantitativo, descritivo, observacional. Foi aplicado um *check list* com itens relacionados às boas práticas no preparo e administração de medicamentos endovenosos, realizados por profissionais de enfermagem, entre os meses de abril e maio do ano de 2016, em um centro de terapia intensiva de um hospital universitário do Rio de Janeiro.

**Resultados:** Foram observados o preparo e administração de 132 doses de medicamentos endovenosos. Antes do preparo de medicamentos, 47,7% dos profissionais higienizaram as mãos. E após a administração do mesmo, 87,1%. Em 86,4% das observações, os profissionais não estavam paramentados adequadamente e em 84,1% os profissionais não realizaram a confirmação do paciente certo pela pulseira de identificação. Em 78% das observações, houve a desinfecção das conexões antes da administração de medicamento.

**Discussão:** Pode-se constatar falhas no processo de preparo e administração de medicamentos endovenosos. Os profissionais atentam mais para a higienização das mãos após o contato com o paciente, por exemplo. E a confirmação do paciente por pulseira de identificação não ocorreu na maioria das vezes. Capacitações acerca das boas práticas no preparo e administração de medicamentos endovenosos são necessárias no processo de trabalho do campo investigado.

**Conclusão:** As consequências de ações não observadas pelo o que recomendam os documentos de referência abrem espaço para discussões relacionadas aos riscos pelos quais os pacientes estão expostos e indica a necessidade de ações estratégicas da educação permanente para modificar o processo de trabalho.

**Conflitos de interesse:** Não há conflito de interesse.

### 2.2.34 Preparo e Administração de Medicamentos por Via Subcutânea: O Saber da Equipe de Enfermagem

**Autores:** Matheus K. Dos Anjos, Maiara B. Moreira, Maria Gefé R. Mesquita, Graciele O. Paes, Tainã Clarissa S. S. de Oliveira

**E-mail de contato:** mkirtonster@gmail.com

**Introdução:** A aplicação por via subcutânea consiste na colocação de medicamentos no tecido conjuntivo frouxo sob a derme e é empregada quando há a necessidade de uma absorção mais

lenta, quando comparada com a via intramuscular. Por serem responsáveis diretos pela execução desse processo, a equipe de enfermagem deve estar atenta e ciente que tal procedimento deve ser realizado de forma segura e pautado nas recomendações e evidências científicas disponíveis sobre o tema.

**Justificativa e objetivos:** Descrever o conhecimento da equipe de enfermagem sobre o processo de preparo e administração de medicamentos por via subcutânea e analisar os resultados pautados nas evidências recomendadas a partir de práticas seguras em saúde.

**Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo-analítico transversal, de abordagem quantitativa, desenvolvido em Hospital Universitário do Rio de Janeiro. A amostra foi composta por 70 profissionais. Os dados foram coletados por meio de aplicação de questionário original, sendo utilizado o programa Excel® 2007 para construção do bando de dados e os resultados analisados a partir de análise estatística descritiva.

**Resultados:** 33% dos profissionais apontaram como volume máximo para administração de medicamentos por via subcutânea, valores acima do recomendado. Outro dado relevante foi a escolha padrão para comprimento e angulação da agulha a ser utilizada na administração, por 39% dos profissionais, não respeitando o critério de avaliação da tela subcutânea a partir do índice de massa corporal do paciente.

**Discussão:** As atuais evidências científicas apontam que os medicamentos administrados por via subcutânea não devem ultrapassar 1,0 ml, devido o tecido ser sensível a grandes volumes e a soluções irritantes. Mediante o comprimento e angulação da agulha o enfermeiro deve estar atento ao peso corpóreo de cada paciente, o qual determinará a escolha do calibre, como também do ângulo da agulha, que pode variar entre 45 e 90°.

**Conclusão:** Diante do exposto, conclui-se a importância da gestão do conhecimento e a implementação de métodos e ferramentas que permitam a constante atualização dos profissionais de saúde, como a educação permanente, com base na problemática diária que estão sujeitos durante a implementação de sua assistência.

**Conflitos de interesse:** Não há conflitos de interesse.

### *2.2.35 Aplicabilidade dos 9 Certos na Administração de Medicamentos em Hospital Oncológico*

**Autores:** Ana Paula N Antonio, Marcelle L Ribeiro, Gabriela S. Sant'anna, Allan C. M. Lemos, Priscila H. M. Figueira, Leylane P. Bittencourt

**E-mail de contato:** nascimento.apna@gmail.com

**Introdução:** A administração de medicamentos é um processo que envolve nove etapas tais como: paciente certo, medicamento certo, dose certa, via certa, hora certa, tempo certo, validade certa, conferência da prescrição, registro e orientação.

**Justificativa e objetivos:** Estratégias estão sendo desenvolvidas para minimizar a ocorrência dos erros durante a prescrição, a dispensação e a administração de medicamentos. Avaliar conformidades e não conformidades na aplicabilidade dos 9 certos na administração de medicamentos; descrever as dificuldades encontradas.

**Metodologia:** Estudo observacional realizado de abril a setembro de 2016 em Hospital Oncológico localizado no Rio de Janeiro. Critério de inclusão: equipe de enfermagem dos setores de emergência, quimioterapia, enfermarias e CTI. Utilizado instrumento para coleta de dados, não validado, que observou as conformidades e não conformidades.

**Resultados:** No período descrito, nos quesitos de paciente, medicamento, dose, via, tempo, validade, conferência com a prescrição e registro certos, encontrou-se 100% de conformidade. Para o quesito hora certa, na maioria dos meses, exceto em setembro, há percentuais de conformidade inferiores a 50% em enfermarias, exceto quanto a antimicrobianos. Setores como Quimioterapia, Emergência e CTI apresentavam, em função da complexidade de atendimento, 100% de conformidade.

**Discussão:** Pode-se identificar como causas para as não conformidades da hora certa nas enfermarias, o baixo quantitativo de profissionais vistas a grande demanda de pacientes, a rotina de cuidado da enfermagem coincidindo com a administração, atraso na atualização das prescrições devido ao round da equipe multidisciplinar em horário próximo a administração das 10 horas, atrasando o recebimento das prescrições na farmácia.

**Conclusão:** Observou-se o impacto negativo da grande demanda de pacientes, vistas ao baixo quantitativo de profissionais, em conjunto ao atraso da atualização das prescrições sendo necessário adequar o horário do round não interferindo desta maneira na administração de medicamentos.

**Conflitos de interesse:** Não existem conflitos de interesse.

### *2.2.36 Projeto de Intervenção - Sala de Espera: a Importância da Informação para a Promoção da Saúde*

**Autores:** Maria A. P. Seraquini, Ruana R. A. Silva

**E-mail de contato:** maria\_alvim@hotmail.com

**Introdução:** O trabalho consiste na implementação da “Sala de Espera”, com a finalidade de criar um espaço onde a equipe multidisciplinar amenizaria a espera pelos atendimentos, oportunizando aos usuários um momento de reflexão e orientação sobre seus direitos, cuidados, benefícios e o funcionamento do hospital.

**Justificativa e objetivos:** Devido a demandas econômicas e sociais que requerem orientações envolvendo as políticas da seguridade social, criamos este projeto devido ao seu “poder” de abranger um maior número de usuários, agindo como um dispositivo que amplia a ideia de controle social da comunidade usuária em acompanhamento.

**Metodologia:** A pesquisa é feita a partir de um estudo exploratório, seguida de uma pesquisa de campo onde alguns dos procedimentos metodológicos são: Reuniões com os profissionais de saúde para coleta de informações e planejamento das ações; Palestras e Oficinas; Utilização de material elaborado pelos Assistentes Sociais que integram o cotidiano do HFI.

**Resultados:** O presente projeto foi implementado há poucas semanas nos ambulatórios do Hospital Federal de Ipanema. Iniciando-se assim, a avaliação e monitoramento do mesmo.

**Discussão:** Como o projeto foi implementado há pouco tempo, ainda pode sofrer alterações em função das demandas advindas dos usuários ou da necessidade de mudança pela própria equipe. Pretendemos que este projeto atinja os usuários de forma que tenham o serviço prestado pelo setor de Serviço Social como um apoio para os mesmos.

**Conclusões:** É pela via destas ações que o profissional consegue socializar as informações, orientar e encaminhar a população. Pretendemos que este projeto contribua para a viabilização e materialização de seus direitos a partir de um atendimento qualificado e humanizado a todos os cidadãos.

**Conflitos de interesse:** O interesse básico se refere ao objetivo principal do projeto, incluindo a promoção da saúde do usuário, o acesso à informação e a responsabilidade social, enquanto o interesse secundário inclui além de benefícios para a área da saúde, mas também ganhos para os profissionais e os usuários do SUS. Título: Projeto de Intervenção - Sala de Espera: a Importância da Informação para a Promoção da Saúde.

**Autores:** Maria A. P. Seraquini, Ruana R. A. Silva

**E-mail de contato:** maria\_alvim@hotmail.com

**Introdução:** O trabalho consiste na implementação da “Sala de Espera”, com a finalidade de criar um espaço onde a equipe multidisciplinar amenizaria a espera pelos atendimentos, oportunizando aos usuários um momento de reflexão e orientação sobre seus direitos, cuidados, benefícios e o funcionamento do hospital.

**Justificativa e objetivos:** Devido a demandas econômicas e sociais que requerem orientações envolvendo as políticas da seguridade social, criamos este projeto devido ao seu “poder” de abranger um maior número de usuários, agindo como um dispositivo que amplia a ideia de controle social da comunidade usuária em acompanhamento.

**Metodologia:** A pesquisa é feita a partir de um estudo exploratório, seguida de uma pesquisa de campo onde alguns dos procedimentos metodológicos são: Reuniões com os profissionais de saúde para coleta de informações e planejamento das ações; Palestras e Oficinas; Utilização de material elaborado pelos Assistentes Sociais que integram o cotidiano do HFI.

**Resultados:** O presente projeto foi implementado há poucas semanas nos ambulatórios do Hospital Federal de Ipanema. Iniciando-se assim, a avaliação e monitoramento do mesmo.

**Discussão:** Como o projeto foi implementado há pouco tempo, ainda pode sofrer alterações em função das demandas advindas dos usuários ou da necessidade de mudança pela própria equipe. Pretendemos que este projeto atinja os usuários de forma que tenham o serviço prestado pelo setor de Serviço Social como um apoio para os mesmos.

**Conclusões:** É pela via destas ações que o profissional consegue socializar as informações, orientar e encaminhar a população. Pretendemos que este projeto contribua para a viabilização e materialização de seus direitos a partir de um atendimento qualificado e humanizado a todos os cidadãos.

**Conflitos de interesse:** O interesse básico se refere ao objetivo principal do projeto, incluindo a promoção da saúde do usuário, o acesso à informação e a responsabilidade social, enquanto o interesse secundário inclui além de benefícios para a área da saúde, mas também ganhos para os profissionais e os usuários do SUS.



### 2.2.37 Potenciais Interações Medicamentosas por Via Intravenosa: Análise de Prescrições em Terapia Intensiva

**Autores:** Maiara B. Moreira, Matheus K. dos Anjos, Maria G. R. Mesquita, Marlucci A. C. Stipp, Graciele O. Paes

**E-mail de contato:** maiarabenevides@hotmail.com

**Introdução:** Estudo que abarca as potenciais interações medicamentosas inerentes da administração pela via intravenosa.

**Justificativa e objetivos:** Analisar as potenciais interações medicamentosas associadas à administração de medicamentos intravenosos a partir das prescrições do Centro de Terapia Intensiva (CTI).

**Metodologia:** Abordagem quantitativa, tipologia retrospectiva exploratória, com análise estatística descritiva das prescrições medicamentosas do CTI de um Hospital Universitário. Período de junho/2013-junho/2014. Amostra inicial de 319 prescrições e subamostra de 50 prescrições.

**Resultados:** Constatou-se que a média de medicamentos por paciente foi de 9,3 registros, e evidenciou-se maior probabilidade para ocorrência de interação medicamentosa inerente à polifarmácia. O estudo identificou interações medicamentosas graves, como a administração concomitante de Tramadol com medicamentos inibidores seletivos da recaptção da serotonina, (exemplo: Metoclopramida e Fluconazol), aumentando o risco de convulsões devido suas ações epileptogênicas, além do uso simultâneo de Ranitidina-Fentanil®, que pode ocasionar depressão respiratória.

**Discussão:** A média de medicamentos prescritos encontrados na pesquisa configura maior risco de interação medicamentosa devido à polifarmácia. A interação entre metoclopramida® - fluconazol é classificada como grave, esta interação aumenta o risco de convulsões, pois são agentes epileptogênicos individualmente.

**Conclusões:** Concluimos que o mapeamento prévio das prescrições possibilita a caracterização da terapêutica medicamentosa, corroborando para obstar as potenciais interações medicamentosas e suas consequências clínicas.

**Conflitos de interesse:** Sem conflito de interesse.

### 2.2.38 Saberes da Enfermagem sobre Administração Medicamentosa: Um Estudo Pautado na Segurança ao Paciente

**Autores:** Matheus K. dos Anjos, Maiara B. Moreira, Maria G. R. Mesquita, Graciele O. Paes, Bruna R. Paduam

**E-mail de contato:** mkirtonster@gmail.com

**Introdução:** O acesso venoso periférico, para administração de medicamentos, é utilizado em aproximadamente 70% dos pacientes internados em unidades hospitalares. Os erros na terapia intravenosa, ainda são eventos frequentes no âmbito hospitalar, o que exalta a necessidade de identificar qual a parte mais susceptível do processo de administração medicamentosa.

**Justificativa e Objetivos:** Descrever os saberes da equipe de enfermagem acerca da administração de medicamentos intravenosos, e analisá-los à luz das boas práticas aplicadas à segurança do paciente.

**Metodologia:** Estudo de abordagem descritiva de tipologia transversal. Os participantes da pesquisa foram 70 profissionais de enfermagem de um Hospital Universitário do Rio de Janeiro.

**Resultados:** Os principais problemas foram: não observação dos possíveis sinais de complicações no local da punção e utilização de volumes e soluções inadequadas para a manutenção do acesso venoso periférico.

**Discussão:** Os participantes identificaram como sinais de complicação: hiperemia, dor, inchaço, infiltração e local quente. Porém, mediante a influência das características do paciente e do fármaco, todos os sinais devem ser avaliados. Mediante a manutenção do acesso, 50% dos participantes não responderam o volume e a solução utilizado na salinização, que recomenda-se solução fisiológica de 3 ml a 10 ml.

**Conclusão:** A pesquisa subsidiou um diagnóstico preliminar sobre os saberes da enfermagem em administração medicamentosa intravenosa, evidenciando um cenário otimista ao aprimoramento contínuo em serviço. Há uma afluência à confecção de instrumentos que incorporem, além das evidências científicas, a realidade cotidiana desses profissionais no manejo e preparo de medicamentos.

**Conflitos de interesse:** Não há conflitos de interesse.

### *2.2.39 Administração de Medicamentos por Sonda Enteral: Contribuições para a Prática Clínica da Enfermagem*

**Autores:** Matheus K. dos Anjos, Maiara B. Moreira, Marlucci A. C. Stipp, Graciele O. Paes, Kellita Motta

**E-mail de contato:** mkirtonster@gmail.com

**Introdução:** A administração medicamentosa por sonda enteral é uma prática comum no ambiente hospitalar. Entretanto, seu manejo requer cuidados específicos que não realizados podem ocasionar potenciais complicações.

**Justificativa e objetivos:** Descrever os saberes da equipe de enfermagem mediante a técnica de administração medicamentosa por sonda enteral; analisá-los à luz das boas práticas aplicadas à administração medicamentosa por sonda enteral.

**Metodologia:** Estudo descritivo analítico com tipologia transversal, realizada com 60 profissionais de enfermagem de um Hospital Universitário do Rio de Janeiro.

**Resultados:** Destaca-se que 50% dos participantes informaram não realizar os testes de posicionamento da sonda antes da administração medicamentosa, assim como 41,7% dos participantes destacaram não lavar a sonda após administrar todos os medicamentos.

**Discussão:** Este estudo retrata que 50% dos profissionais não realizam testes para avaliar o posicionamento da sonda, o que indica um risco maior de complicação e agravo ao quadro clínico do paciente. Quanto à lavagem da sonda, estudos apontam que deve ser lavada antes e após a administração de qualquer medicação, com 10 a 50 ml de água, para manter a permeabilidade e reduzir o risco de aderência da medicação na parede da sonda.

**Conclusões:** Foi possível evidenciar diferenças entre a prática assistencial e novas evidências científicas encontradas, sendo, portanto, necessária uma atualização de toda equipe de enfermagem no que tange a administração de medicamentos por sonda enteral.

**Conflitos de interesse:** Não há conflitos de interesse.

ISBN 978-85-334-2511-8



9 788533 425118

DISQUE SAÚDE

**136**

Ouvidoria Geral do SUS  
[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde  
[www.saude.gov.br/bvs](http://www.saude.gov.br/bvs)

SUS  **MINISTÉRIO DA  
SAÚDE**

