



# II Congresso da Sociedade Brasileira para a Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente - SOBRASP

Inovar para Garantir a Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente  
no Contexto das Iniquidades em Saúde

15 A 17 DE SETEMBRO 2022 - EVENTO ONLINE

Acreditação,  
Cultura e Liderança:  
eliminação de danos  
graves evitáveis e  
criação de sistemas  
de alta confiabilidade  
na assistência  
à saúde

Estratégias  
inovadoras para  
a qualidade do  
cuidado e  
segurança do  
paciente

Experiência do  
paciente e dos usuários  
do sistema de saúde:  
efetiva compreensão  
sobre segurança do  
paciente e redesenho  
de processos seguros

Pesquisa e  
Educação em  
qualidade em saúde  
e segurança  
do paciente

Políticas de saúde,  
gestão de risco  
e a governança  
em saúde

# Anais

Trabalhos Científicos

Luiza Maria Gerhardt, Janete de Souza Urbanetto, Victor Grabois,  
Cláudia Fernanda de Lacerda Vidal (Org.)

## **II CONGRESSO DA SOCIEDADE BRASILEIRA PARA A QUALIDADE DO CUIDADO E SEGURANÇA DO PACIENTE**

Inovar para garantir a qualidade do cuidado e segurança do paciente  
no contexto das iniquidades em saúde

II Congresso da Sociedade Brasileira para a Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente – ANAIS

- Editor: Sociedade Brasileira para a Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente – SOBRASP

- Local: Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

- Ano da publicação: 2023

O conteúdo dos resumos desta publicação é de responsabilidade dos autores.

**DADOS INTERNACIONAIS PARA CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)**

C749a Congresso da Sociedade Brasileira para a Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente (2. : 2022 : *On-Line*)  
Anais [recurso eletrônico] / organizadores : Luiza Maria Gerhardt ... [et al.]. – Rio de Janeiro: SOBRASP, 2023.  
[512 p.]

Inclui bibliografia.  
ISBN 978-65-992647-1-9.

1. Segurança do paciente. 2. Assistência ao paciente. I. Gerhardt, Luiza Maria. II. Urbanetto, Janete de Souza. III. Grabois, Victor. IV. Vidal, Cláudia Fernanda de Lacerda. V. Título.

CDU 614

## II CONGRESSO DA SOCIEDADE BRASILEIRA PARA A QUALIDADE DO CUIDADO E SEGURANÇA DO PACIENTE

### ORGANIZAÇÃO

#### Comissão Executiva - SOBRASP

Victor Grabois  
*Diretor Presidente*

Cláudia Fernanda de Lacerda Vidal  
*Diretora Científica*

Luiza Maria Gerhardt  
*Diretora Vice-Presidente*

Janaína Regis Lemos Barbosa  
*Diretora de Relações Institucionais*

Paola Bruno de Araujo Andreoli  
*Diretora 1ª Secretária*

Claudia Toledo  
*Diretora de Sustentabilidade*

Luis Antônio dos Santos Diego  
*Diretor 2º Secretário*

Andréa Maria Condota Quaglio  
*Diretora de Comunicação e Marketing*

Sonia Silva Ramirez  
*Diretora Financeira*

**Conselho Científico – SOBRASP**

Alessandra Nazareth Cainé Pereira Roscani	Janete de Souza Urbanetto
Aline Albuquerque	Janini Filgueira Rosas
Almerinda Luedy Reis	João de Lucena Gonçalves
Ana Elisa Bauer de Camargo Silva	José Antônio Cirino
Ana Karine Ramos Brum	Josélia Cintya Quintão Pena Frade
Ana Luiza Braz Pavão	Kelly Cristina Rodrigues
Ana Maria Viegas Tristão	Laís D. Junqueira
Ana Patrícia de Paula	Laura Maria César Schiesari
Ana Paula Queiroz	Leticia Janotti
André Luis Veiga de Oliveira	Luana Ferreira de Almeida
Andréa da Silva Gomes Ludovico	Lucas Santos Zambon
Andréa Maria Condota Quaglio	Lúcio Flávio de Magalhães Brito
Angela Maria Eugenio	Luis Antonio dos Santos Diego
Anna Butter Nunes	Luís Cláudio Lemos Correia
Antônio José de Lima Junior	Luiza Maria Gerhardt
Bárbara do Nascimento Caldas	Maiana Regina Gomes de Sousa
Beatriz de Freitas Junqueira	Maria Cristina Lore Schilling
Breno Figueiredo Gomes	Maria de Lourdes Moura
Bruno Lombaerde Varella Presto	Maria Eulália Lessa do Valle Dallora
Carla Simone Duarte de Gouvêa	Marise Reis de Freitas
Carmen Silvia Gabriel	Paola Bruno de Araujo Andreoli
Catherine Moura da Fonseca Pinto	Patrícia Mitsue Saruhashi Shimabukuro
Cecília Maria Izidoro Pinto	Priscila Helena Marietto Figueira
Chrystina da Silva Barros	Renata Andrea Pietro Pereira
Cintia Silva Fassarella	Ricardo de Souza Kuchenbecker
Claudia D. T. Sampaio de Oliveira Corrêa	Rodrigo Pires dos Santos
Claudia Tartaglia Reis	Roseli Calil
Claudia Toledo	Sabrina da Costa Machado Duarte
Claudia Fernanda de Lacerda Vidal	Sandra Cristine da Silva
Cristina Ortiz Sobrinho Valete	Sonia Silva Ramirez
Daniele Vieira Dantas	Susane de Fátima Ferreira de Castro
Denise Bueno	Teresa Tonini
Elenara Oliveira Ribas	Thaíza Teixeira Xavier Nobre
Eliana Goldfarb Cyrino	Thatianny Tanferri de Brito Paranaguá
Elza Maria Alves Costeira	Tiago Chagas Dalcin
Fábio de Araújo Motta	Valéria Santos Bezerra
Flavia Giron Camerini	Vera Lúcia Neves Marra
Francisco Ivanildo de Oliveira Junior	Victor Grabois
Gilvane Lolato	Wilson Shcolnik
Heleno Costa Junior	Zenewton André da Silva Gama
Janaína Regis Lemos Barbosa	

## Comissões Julgadoras – Prêmio Walter Mendes

Comissão Julgadora dos resumos expandidos:

Ana Maria Malik – Presidente

Graduada em Medicina pela Faculdade de Medicina da USP. Doutora em Medicina (Medicina Preventiva) pela Universidade de São Paulo. Mestre em Administração de Empresas pela Fundação Getúlio Vargas. Professora titular da Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas. Coordenadora do FGVsaude da Fundação Getúlio Vargas. Diretora adjunta do PROAHSA da Fundação Getúlio Vargas. Acadêmica da Academia Brasileira de Qualidade (ABQ). Membro do Comitê de Saúde do Instituto Brasileiro de Governança Corporativa (IBGC). Participa do Conselho do GENiE group (Global Educators Network for HealthCare Innovation Education).

Helena Barreto dos Santos

Graduada em Medicina pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Doutora em Epidemiologia pela UFRGS. Especialista em Gestão de Operações em Saúde (UFRGS). Especialista em Melhoria da Qualidade (Institute for Healthcare Improvement). Assessora de Planejamento e Avaliação no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Coordenadora do Programa de Qualidade e Informação em Saúde da Instituição desde 2011.

Lenice Costa Reis

Graduada em Medicina pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Mestre em Ciências da Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz. Doutora em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz/Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, em planejamento e gestão em saúde, com ênfase em avaliação da qualidade em serviços de saúde.

Comissão Julgadora da apresentação oral virtual:

Victor Grabois – Presidente

Graduado em Medicina pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, Mestrado pelo Instituto de Medicina Social da UERJ e Doutorado em Saúde Pública pela ENSP/Fiocruz. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase na Gestão Hospitalar. Especializou-se em Gestão Hospitalar pela École Nationale de Santé Publique, da França. Dirigiu instituições hospitalares federais de médio e grande porte no Rio de Janeiro entre 1994 e 2004. Atualmente trabalha na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz. Foi o Coordenador-Geral do Curso Nacional de Qualificação de Gestores do SUS, conduzido pela ENSP/FIOCRUZ para o Ministério da Saúde, para capacitação de 60.000 gestores do SUS, na modalidade de educação a distância. Atua também como docente em cursos de especialização em gestão hospitalar, gestão em saúde e saúde coletiva desde 2002, na Fiocruz. Coordenador-Executivo do Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente (Proqualis/Icict/Fiocruz) a partir de abril de 2010. Membro do Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente de 2013 a 2018. Presidente da Sociedade Brasileira para a Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente - SOBRASP desde dezembro de 2017.

**Cláudia Fernanda de Lacerda Vidal**

Graduada em Medicina pela Universidade Federal de Pernambuco. Especialização em Medicina do Trabalho pela UFPE. Especialização em Doenças Infecciosas e Parasitárias pela Universidade de Pernambuco. Especialização em Gestão da Informação Aplicada à Epidemiologia pela Fundação Oswaldo Cruz. MBA em Gestão Hospitalar e Controle de Infecções - Faculdade Metodista de São Paulo. Mestrado em Medicina Tropical pela Universidade Federal de Pernambuco. Doutorado em Medicina Tropical pela Universidade Federal de Pernambuco. Especialização Internacional em Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente pela Fiocruz. Membro da Comissão Nacional de Controle de Infecções relacionadas à Assistência à Saúde (CNCIRAS) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (desde 2016). Membro fundadora e da diretoria da Sociedade Brasileira de Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente - SOBRASP- desde 2017. Diretora Científica da SOBRASP (desde 2020). Membro da Diretoria da Associação Brasileira de Infecção Hospitalar - ABIH - (desde 2019) Membro das Câmaras Técnicas de Infectologia e de Vigilância em Saúde da Empresa Brasileira de Serviços Hospitares (EBSERH).

**Luiza Maria Gerhardt**

Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, mestrado em Enfermagem Pediátrica - Indiana University Indianapolis e doutorado em Educação pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Professora associada do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Membro do Grupo Coordenador da Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP) nas gestões 2016 – 2018 e 2019 – 2021. Membro fundador e da diretoria da Sociedade Brasileira de Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente - SOBRASP- desde 2017.

## PROGRAMAÇÃO

15

5ª FEIRA

16

6ª FEIRA

17

SÁBADO

15 DE SETEMBRO | QUINTA-FEIRA

## Cursos pré-congresso

CURSO: 1- SEGURANÇA EM MEDICAMENTOS

- Coordenador: Mario Borges Rosa (MG)
- 08:00 / 08:10 - **Abertura** - Facilitador: Mario Borges Rosa (MG)
- 08:10 / 08:50 - **Parte I** -
  - Facilitadora: Cristiane de Paula Rezende (MG)
  - Facilitadora: Kirla Barbosa Detoni (MG)
- 08:50 / 10:10 - **Parte II** -
  - Facilitadora: Cristiane de Paula Rezende (MG)
  - Facilitadora: Kirla Barbosa Detoni (MG)
- 10:10 / 10:25 - **Intervalo** -
- 10:25 / 11:55 - **Parte III** -
  - Facilitadora: Cristiane de Paula Rezende (MG)
  - Facilitadora: Kirla Barbosa Detoni (MG)
- 11:55 / 12:00 - **Encerramento** -
  - Facilitadora: Cristiane de Paula Rezende (MG)
  - Facilitadora: Kirla Barbosa Detoni (MG)

CURSO: 2- QUALIDADE E SEGURANÇA EM ANESTESIA

- Coordenador: Luis Antonio dos Santos Diego (RJ)
- 8:00 / 8:15 - **Abertura** - Facilitador: Luis Antonio dos Santos Diego (RJ)
- 8:15 / 10:00 - **Anestesia Segura** -
  - Moderador: Luis Antonio dos Santos Diego (RJ)
- 8:15 / 8:30 - **Aspectos regulatórios para a Anestesia** - Facilitador: Guilherme Moura (Brasil)
- 8:30 / 8:45 - **A avaliação pré-anestésica (consulta, visita, teleconsulta, LGPD, TCLE)** -  
Facilitador: Luis Antonio dos Santos Diego (RJ)
- 8:45 / 9:00 - **Anestesia e a segurança de medicamentos (protocolos, identificação)** -  
Facilitadora: Regiane Dias (SP)
- 9:00 / 9:15 - **A comunicação na SO e a importância da LVSC** - Facilitadora: Alexandra Rezende Assad (RJ)
- 9:15 / 9:30 - **A Sala de Recuperação Anestésica** - Facilitadora: Alexandra Rezende Assad (RJ)



9:30 / 10:00 - **Debate** -  
 10:00 / 10:10 - **Intervalo** -  
 10:10 / 12:00 - **Anestesia e a Gestão da Qualidade** -  
 - Moderadora: Alexandra Rezende Assad (RJ)  
 10:10 / 10:30 - **Acreditação dos Serviços de Anestesia** - Facilitador: Luis Antonio dos Santos Diego (RJ)  
 10:30 / 10:50 - **Eventos adversos em anestesia e indicadores** - Facilitadora: Ana Flávia Pereira Coutinho (SP)  
 10:50 / 11:10 - **Segurança anestésica em procedimentos fora do centro cirúrgico** - Facilitador: Guilherme Moura (Brasil)  
 11:10 / 11:30 - **ERAS** - Facilitador: Luiz Fernando dos Reis Falcão (SP)  
 11:30 / 12:00 - **Debate** -  
 12:00 - **Encerramento** -

### CURSO: 3- PRÁTICAS PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE EM DIÁLOGO COM O FORTALECIMENTO DA CULTURA DE SEGURANÇA

- Coordenadora: Bárbara Do Nascimento Caldas (RJ)  
 - Coordenador: Gilvane Lolato (DF)  
 14:00 / 14:10 - **Abertura** - Facilitadora: Janaina Regis Lemos Barbosa (BA)  
 14:10 / 14:50 - **Referencial teórico para o fortalecimento da cultura de segurança** -  
 Facilitadora: Bárbara Do Nascimento Caldas (RJ)  
 14:50 / 15:20 - **Cultura de segurança do Paciente em hospitais brasileiros** - Facilitadora: Janaina Regis Lemos Barbosa (BA)  
 15:20 / 15:30 - **Intervalo** -  
 15:30 / 16:10 - **Como implantar mudanças efetivas** - Facilitadora: Gilvane Lolato (DF)  
 16:10 / 16:50 - **Atividade** -  
 - Facilitadora: Bárbara Do Nascimento Caldas (RJ)  
 - Facilitadora: Janaina Regis Lemos Barbosa (BA)  
 - Facilitadora: Gilvane Lolato (DF)  
 16:50 / 17:30 - **Momento de discussão** -  
 17:30 / 17:40 - **Encerramento** - Facilitadora: Janaina Regis Lemos Barbosa (BA)

### CURSO: 4- COMO COCRIAR COM PACIENTES

- Coordenadora: Kelly Cristina Rodrigues (SP)  
 08:00 / 08:10 - **Abertura** - Facilitadora: Kelly Cristina Rodrigues (SP)  
 08:10 / 09:40 - **Formas de cocriação (ferramentas)** - Facilitadora: Kelly Cristina Rodrigues (SP)  
 09:40 / 09:55 - **Intervalo** -  
 09:55 / 11:55 - **Como estruturar grupos focais. Como recrutar pacientes para os processos de cocriação. Quando é a hora de estruturar Conselhos de Pacientes.** - Facilitadora: Kelly Cristina Rodrigues (SP)  
 11:55 / 12:00 - **Encerramento** -

### CURSO: 5- A SIMULAÇÃO REALÍSTICA COMO ESTRATÉGIA DE ENSINO EM SEGURANÇA DO PACIENTE

- Coordenadora: Janete de Souza Urbanetto (RS)
- 08:00 / 08:10 - **Abertura** -
- 08:10 / 08:30 - **Introdução a simulação realística** -
- Facilitadora: Simone de Godoy Costa (SP)
- Facilitadora: Kelly Graziani Giaccherro Vedana (SP)
- 08:30 / 08:50 - **Etapas da simulação realística** -
- Facilitadora: Simone de Godoy Costa (SP)
- Facilitadora: Kelly Graziani Giaccherro Vedana (SP)
- 08:50 / 09:20 - **Construção de cenários de simulação** -
- Facilitadora: Simone de Godoy Costa (SP)
- Facilitadora: Kelly Graziani Giaccherro Vedana (SP)
- 09:20 / 09:35 - **Intervalo** -
- 09:35 / 10:05 - **Validação de cenários de simulação** -
- Facilitadora: Simone de Godoy Costa (SP)
- Facilitadora: Kelly Graziani Giaccherro Vedana (SP)
- 10:05 / 11:05 - **Debriefing** -
- Facilitadora: Simone de Godoy Costa (SP)
- Facilitadora: Kelly Graziani Giaccherro Vedana (SP)
- 11:05 / 11:50 - **Discussão de experiências e esclarecimento de dúvidas** -
- Facilitadora: Simone de Godoy Costa (SP)
- Facilitadora: Kelly Graziani Giaccherro Vedana (SP)
- 11:50 / 12:00 - **Encerramento** -

## CURSO: 6- ESTRATÉGIAS PARA FORTALECIMENTO DA GESTÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA E SEGURANÇA DO PACIENTE

- Coordenadora: Paola Andreoli (SP)
- 14:00 / 14:15 - **Abertura** - Facilitadora: Paola Andreoli (SP)
- 14:15 / 14:45 - **Modelos internacionais de sistema de gestão de qualidade em serviços de saúde** - Facilitadora: Maria Carolina Moreno (SP)
- 14:45 / 15:15 - **Planejamento: como organizar e direcionar os esforços para o desenvolvimento de um sistema de gestão eficiente para qualidade e segurança do paciente** - Facilitadora: Paola Andreoli (SP)
- 15:15 / 15:25 - **Questionário: Quais as principais dificuldades na implantação de sistemas de gestão de qualidade e segurança do paciente?** -
- 15:25 / 15:35 - **Intervalo** -
- 15:35 / 16:10 - **Atividade I: Discussão sobre os resultados do questionário** -
- Facilitadora: Flavia Giron Camerini (RJ)
- Facilitadora: Priscila Helena Marietto Figueira (RJ)
- Facilitadora: Ana Paula de Almeida Queiroz (RJ)
- Facilitadora: Elenara Oliveira Ribas (RS)
- 16:10 / 16:40 - **Ferramentas e estratégias para ultrapassar as dificuldades encontradas na gestão da qualidade e segurança do paciente nos serviços de saúde** - Facilitadora: Elenara Oliveira Ribas (RS)
- 16:40 / 17:10 - **Como harmonizar as práticas de governança clínica e a gestão de qualidade e segurança do paciente?** - Facilitadora: Laura Schiesari (SP)
- 17:10 / 17:30 - **Atividade II: Articulação com a prática** - Facilitadora: Laura Schiesari (SP)
- 17:30 / 17:50 - **Atividade III: Aprendizados e aplicações na realidade dos serviços de saúde** -
- Facilitadora: Elenara Oliveira Ribas (RS)

- Facilitadora: Laura Schiesari (SP)  
17:50 / 18:00 - **Encerramento** - Facilitadora: Paola Andreoli (SP)

### CURSO: 7- PLANO PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÕES POR MICRORGANISMOS MULTIRRESISTENTES (MR) EM SERVIÇOS DE SAÚDE

- Coordenadora: Patricia Mitsue Saruhashi Shimabukuro (SP)  
08:00 / 08:10 - **Abertura** - Facilitadora: Patricia Mitsue Saruhashi Shimabukuro (SP)  
08:10 / 09:10 - **Cenário das infecções por MR** - Facilitadora: Cláudia Fernanda de Lacerda Vidal (PE)  
09:10 / 10:10 - **PLACON-RM** - Facilitadora: Mara Rúbia Santos Gonçalves (DF)  
10:10 / 12:00 - **Como elaborar um Plano para Controle e Prevenção de Infecções por microrganismos MR Parte 1** -  
- Facilitadora: Ana Maria Viegas Tristão (MS)  
- Facilitadora: Patricia Mitsue Saruhashi Shimabukuro (SP)  
12:00 / 14:00 - **Intervalo** -  
14:00 / 16:30 - **Como elaborar um Plano para Controle e Prevenção de Infecções por microrganismos MR Parte 2** -  
- Facilitadora: Ana Maria Viegas Tristão (MS)  
- Facilitadora: Cláudia Fernanda de Lacerda Vidal (PE)  
- Facilitadora: Maria de Lourdes de Oliveira Moura (RJ)  
- Facilitadora: Patricia Mitsue Saruhashi Shimabukuro (SP)  
  
16:30 / 17:30 - **Apresentação e debate dos planos** -  
- Facilitadora: Ana Maria Viegas Tristão (MS)  
- Facilitadora: Cláudia Fernanda de Lacerda Vidal (PE)  
- Facilitadora: Maria de Lourdes de Oliveira Moura (RJ)  
- Facilitadora: Patricia Mitsue Saruhashi Shimabukuro (SP)  
17:30 / 17:45 - **Avaliação do curso** -  
- Facilitadora: Ana Maria Viegas Tristão (MS)  
- Facilitadora: Cláudia Fernanda de Lacerda Vidal (PE)  
- Facilitadora: Maria de Lourdes de Oliveira Moura (RJ)  
- Facilitadora: Patricia Mitsue Saruhashi Shimabukuro (SP)  
17:45 / 17:55 - **Encerramento** -  
- Facilitadora: Ana Maria Viegas Tristão (MS)  
- Facilitadora: Cláudia Fernanda de Lacerda Vidal (PE)  
- Facilitadora: Maria de Lourdes de Oliveira Moura (RJ)  
- Facilitadora: Patricia Mitsue Saruhashi Shimabukuro (SP)

### CURSO: 8- INTRODUÇÃO SOBRE ARQUITETURA E ENGENHARIA NA QUALIDADE DO CUIDADO E A SEGURANÇA DO PACIENTE – ÊNFASE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

- Coordenador: Lucio Flavio de Magalhães Brito (SP)  
14:00 / 14:30 - **Planejamento das estratégias clínica, administrativa e tecnológica em hospitais e sistemas de saúde** - Facilitador: Lucio Flavio de Magalhães Brito (SP)  
14:30 / 15:00 - **Importância do projeto de arquitetura** -  
- Facilitadora: Elza Maria Alves Costeira (RJ)  
- Facilitador: Lucio Flavio de Magalhães Brito (SP)  
15:00 / 15:30 - **Importância dos projetos complementares** -  
- Facilitadora: Elza Maria Alves Costeira (RJ)

- Facilitador: Lucio Flavio de Magalhães Brito (SP)
- 15:30 / 16:00 - **Importância dos projetos especiais** -
- Facilitadora: Elza Maria Alves Costeira (RJ)
- Facilitador: Lucio Flavio de Magalhães Brito (SP)
- 16:00 / 16:30 - **Importância do projeto de estrutura de equipamentos médicos** - Facilitador: Márcio José Oliveira Do Vale (RJ)
- 16:30 / 17:00 - **Importância dos processos de gestão das tecnologias** - Facilitador: Ricardo Alcoforado Maranhão Sá (GO)
- 17:00 / 17:30 - **Requisitos de qualidade em equipamentos de infraestrutura** - Facilitador: Lucio Flavio de Magalhães Brito (SP)
- 17:30 / 18:00 - **Requisitos de qualidade em equipamentos médico assistenciais** - Facilitador: Ricardo Alcoforado Maranhão Sá (GO)

### CURSO: 9- IMPLANTAÇÃO DE PROGRAMA EBSE RH DE GESTÃO DA QUALIDADE: ESTRATÉGIA INOVADORA EM UMA REDE DE HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

- Coordenadora: Marcia Amaral Dal Sasso (DF)
- 14:00 / 14:05 - **Abertura** -
- 14:05 / 15:35 - **O Programa Ebserh de Gestão da Qualidade (PGQuali) e o Selo Ebserh de Qualidade (SEQuali)** - Facilitadora: Marcia Amaral Dal Sasso (DF)
- 15:35 / 15:50 - **Intervalo** -
- 15:50 / 17:50 - **A execução do PGQuali nos Hospitais da Rede Ebserh** -
- Facilitadora: Gabriela de Oliveira Silva (DF)
- Facilitadora: Ana Paula Hermann (PR)
- Facilitadora: Tatiane Nascimento (MG)
- Facilitadora: Sirlei Marques (MA)
- 17:50 / 18:00 - **Encerramento** -

### CURSO: 10- CURSO DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM NEONATOLOGIA E PEDIATRIA DA TEORIA À PRÁTICA

- Coordenadora: Roseli Calil (SP)
- Coordenadora: Aline Hennemann (RS)
- 08:00 / 08:10 - **Abertura** -
- 08:10 / 09:00 - **Desafios da cultura de segurança em pacientes** - Facilitadora: Maria Auxiliadora Gomes (RJ)
- 09:00 / 09:45 - **Protocolos básicos de segurança do paciente em neonatologia/pediatria** -
- Facilitadora: Aline Hennemann (RS)
- Facilitadora: Ana Paula da Cruz Caramaschi (DF)
- 09:45 / 10:00 - **Intervalo** -
- 10:00 / 11:00 - **Monitoramento de eventos adversos e notificações de erros na assistência** -
- Facilitadora: Audrey Rippel (SP)
- 11:00 / 12:15 - **Comunicação Efetiva** - Facilitador: Wagner Galetti Valença (SP)
- 12:15 / 13:15 - **Intervalo de almoço** -
- 13:15 / 14:05 - **Quedas do paciente e discussão caso clínico** - Facilitadora: Priscila Coelho Amaral (RS)
- 14:05 / 15:20 - **Segurança no uso de medicamentos e nutrição parenteral** -
- Facilitador: Fabio Araujo Motta (PR)

- Facilitadora: Marinei Ricieri (PR)

15:20 / 15:35 - **Intervalo** -

15:35 / 16:15 - **Nascimento Seguro** - Facilitadora: Roseli Calil (SP)

16:15 / 17:00 - **Educação para a ALTA hospitalar** -

- Facilitadora: Fernanda Castro de Oliveira Toniatti (SP)

- Facilitadora: Roseli Calil (SP)

15

5ª FEIRA

16

6ª FEIRA

17

SÁBADO

## 16 DE SETEMBRO | SEXTA-FEIRA

## • Especial - sala única

09:00-  
09:50**CONFERÊNCIA: SYSTEMS ANALYSIS OF CLINICAL INCIDENTS: EVOLUTION AND PROSPECTS (ANÁLISE DE SISTEMAS DE INCIDENTES CLÍNICOS: EVOLUÇÃO E PERSPECTIVAS (TRADUÇÃO SIMULTÂNEA)**

- Presidente: Victor Grabois (RJ)
- Conferencista: Charles Vincent (United Kingdom)
- Conferencista: Helen Higham (United Kingdom)

14:30-  
15:50**TALK SHOW: STRATEGIES TO PROMOTE A SAFETY CULTURE TO INCREMENT GOVERNANCE AND IMPROVEMENT PROCESSES WITH PATIENT INVOLVEMENT (ESTRATÉGIAS PARA PROMOVER A CULTURA DE SEGURANÇA COMO MEIO PARA ALAVANCAR PROCESSOS DE GOVERNANÇA E MELHORIA COM ENVOLVIMENTO DO PACIENTE) (TRADUÇÃO SIMULTÂNEA)**

- Moderador: Victor Grabois (RJ)
- Debatedor: Pedro Delgado (United States)
- Debatedor: Ezequiel Garcia Elorrio (Argentina)
- Debatedor: Helen Higham (United Kingdom)
- Debatedora: Helena de Rezende (United Kingdom)

16:00-  
17:00**TRABALHOS E EXPERIÊNCIAS EXITOSAS DO PRÊMIO WALTER MENDES**

- Presidente: Victor Grabois (RJ)
- Avaliadora: Cláudia Fernanda de Lacerda Vidal (PE)
- Avaliadora: Helena Barreto dos Santos (RS)
- Avaliadora: Luiza Maria Gerhardt (RS)

[\[acessar trabalhos\]](#)17:10-  
18:00**CONFERÊNCIA: ENVISIONING A LEARNING HEALTH SYSTEM (CONSTRUINDO UM SISTEMA DE SAÚDE QUE APRENDE) (TRADUÇÃO SIMULTÂNEA)**

- Presidente: Claudia Toledo (RJ)
- 17:10 / 17:50 - Conferencista: Charles P. Friedman, Phd (United States)

18:00-  
18:45**CERIMÔNIA DE ABERTURA**

## • Sala 1 - Trilha 1

10:00-11:30	<p><b>MESA REDONDA: A SEGUNDA VÍTIMA E A INTERFACE COM A CULTURA DE SEGURANÇA: VIVÊNCIAS DA EUROPA E DO BRASIL</b></p> <p>- Moderadora: Vera Lúcia Borrasca (SP)</p> <p>10:00 / 10:25 - <b>Visão cultural e social</b> - Palestrante: Sofia Guerra Paiva (Portugal)</p> <p>10:25 / 10:50 - <b>Visão do profissional de saúde</b> - Palestrante: Jose Joaquin Mira (Spain)</p> <p>10:50 / 11:15 - <b>Visão da organização de saúde</b> - Palestrante: Octávio Augusto Camilo de Oliveira (SP)</p> <p>11:15 / 11:30 - <b>Discussão</b> -</p>
11:40-12:40	<p><b>CAFÉ COM ESPECIALISTAS: LIDERANÇA X HIERARQUIA: COMO AS ORGANIZAÇÕES DE ALTA CONFIABILIDADE EQUACIONAM ESTE DESAFIO</b></p> <p>- Moderador: Raoni Rocha Simões (MG)</p> <p>- Palestrante: Carmen Migueles (RJ)</p> <p>- Palestrante: Gilsa Pacheco Monteiro (RJ)</p>
13:00-14:20	<p><b>SIMPÓSIO SATÉLITE</b></p> <p>13:00 / 13:30 - <b>Lançamento do Questionário Hospitalar sobre Cultura de Segurança do Paciente – HSOPSC Versão 2.0 – para o contexto brasileiro</b> - Palestrante: Claudia Tartaglia Reis (MG)</p> <p>13:50 / 14:20 - <b>PPO: Práticas Essenciais de Gerenciamento de Risco Clínico</b> - Palestrante: Alexia Regina Mandolesi Costa (SP)</p>

## • Sala 2 - Trilha 2

10:00-11:30	<p><b>MESA REDONDA: DIFERENTES VISÕES DAS INOVAÇÕES EM ROBÓTICA E SEGURANÇA DO PACIENTE</b></p> <p>- Moderador: Paulo José de Medeiros (RN)</p> <p>10:00 / 10:25 - <b>Do cirurgião</b> - Palestrante: Hugo Daniel Barone dos Santos (SP)</p> <p>10:25 / 10:50 - <b>Da enfermagem</b> - Palestrante: Daniela Bispo (SP)</p> <p>10:50 / 11:15 - <b>Do Anestesiista</b> - Palestrante: Claudia Simões (Brasil)</p> <p>11:15 / 11:30 - <b>Discussão</b> -</p>
11:40-12:40	<p><b>CAFÉ COM ESPECIALISTAS: INOVAÇÕES NA SEGURANÇA DE MEDICAMENTOS: USO DE TECNOLOGIA E SEGURANÇA DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE</b></p> <p>- Moderadora: Maristela Santini Martins (SP)</p> <p>- Palestrante: Ana Paula Antunes (RJ)</p> <p>- Palestrante: Cássia Crivelari (SP)</p>
13:00-14:20	<p><b>SIMPÓSIO SATÉLITE - MEDPORTAL: A EXPERIÊNCIA DA APRENDIZAGEM COMO ALAVANCA PARA RESULTADOS</b></p> <p>- Moderador: Thiago Constâncio (RJ)</p> <p>13:00 / 13:15 - - Palestrante: Thiago Constâncio (RJ)</p> <p>13:15 / 13:30 - - Palestrante: Marcelo Soares Oliveira (MG)</p> <p>13:30 / 13:45 - - Palestrante: Audrey Rippel (SP)</p>

13:45 / 14:00 - **Debate** -  
 14:00 / 14:05 - **Perguntas do público** -

### • Sala 3 - Trilha 3

<b>10:00- 11:30</b>	<p><b>MESA REDONDA: O PROTAGONISMO DO PACIENTE NA SUA SEGURANÇA</b></p> <p>- Moderador: Salvador Gullo Neto (RS)</p> <p>10:00 / 10:25 - <b>Participação do paciente ao longo do processo de cuidado</b> - Palestrante: Thaisa Cristina Afonso (GO)</p> <p>10:25 / 10:50 - <b>A importância da tomada de decisão compartilhada para a segurança do paciente</b> - Palestrante: Tiago Chagas Dalcin (RS)</p> <p>10:50 / 11:15 - <b>"Disclosure" sob a perspectiva do direito do paciente</b> - Palestrante: Aline Albuquerque (DF)</p> <p>11:15 / 11:30 - <b>Discussão</b> -</p>
<b>11:40- 12:40</b>	<p><b>CAFÉ COM ESPECIALISTAS: COMUNICAÇÃO EM SAÚDE E SEU IMPACTO NA SEGURANÇA E EXPERIÊNCIA DO PACIENTE</b></p> <p>- Moderadora: Kelly Cristina Rodrigues (SP)</p> <p>- Palestrante: Renata Puzzo Bortoleto (SP)</p> <p>- Palestrante: Alexandre Garcia Tavares (Canada)</p>
<b>13:00- 13:50</b>	<p><b>SIMPÓSIO SATÉLITE: LABORATÓRIO TEUTO</b></p> <p>13:00 / 13:50 - <b>Segurança do paciente e indústria farmacêutica</b> -</p> <p>- Palestrante: Ronaldo Reis Figueredo (GO)</p> <p>- Palestrante: Daniel José de Azevedo (GO)</p> <p>- Palestrante: Vitor Rocha (SP)</p>

### • Sala 4 - Trilha 4

<b>10:00- 11:30</b>	<p><b>MESA REDONDA: EXPERIÊNCIAS INOVADORAS EM ENSINO EM SEGURANÇA DO PACIENTE (TRADUÇÃO SIMULTÂNEA)</b></p> <p>- Moderadora: Ana Karine Ramos Brum (RJ)</p> <p>10:00 / 10:25 - <b>Intervenções educativas para segurança do paciente</b> - Palestrante: Helena de Rezende (United Kingdom)</p> <p>10:25 / 10:50 - <b>Educação interprofissional</b> - Palestrante: Marie Pascale Pomey (Canada)</p> <p>10:50 / 11:15 - <b>Educação de pacientes e familiares: Projeto Mascotes da Segurança do Paciente</b> - Palestrante: Victoria Tiyoko Moraes Sakamoto (RS)</p> <p>11:15 / 11:30 - <b>Discussão</b> -</p>
<b>11:40- 12:40</b>	<p><b>CAFÉ COM ESPECIALISTAS: A PESQUISA E A EDUCAÇÃO COMO ESTRATÉGIAS PARA A GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE</b></p> <p>- Moderadora: Flavia Batista Portugal (ES)</p> <p>- Palestrante: Marise Reis de Freitas (RN)</p> <p>- Palestrante: Paulo Sousa (Portugal)</p>



13:00- 13:30	<p><b>SIMPÓSIO SATÉLITE: FLEURY MEDICINA E SAÚDE - DESAFIOS NA CAPACITAÇÃO DE EQUIPES MULTIDISCIPLINARES NA ASSISTÊNCIA E SEGURANÇA DO PACIENTE EM MEDICINA DIAGNÓSTICA</b></p> <p>- Moderadora: Paola Smanio (SP)</p> <p>13:00 / 13:05 - <b>Abrangência do Núcleo de Segurança do Paciente no Grupo Fleury</b> - Palestrante: Paola Smanio (SP)</p> <p>13:05 / 13:10 - <b>Trilha de Segurança do Paciente</b> - Palestrante: Janaína Teixeira Gardel Barrancos (SP)</p> <p>13:15 / 13:25 - <b>Vivência em Intercorrências Clínicas</b> - Palestrante: Lais Vissotto Garchet Santos Reis (SP)</p> <p>13:25 / 13:30 - <b>Discussão</b> -</p>
-----------------	---

#### • Sala 5 - Trilha 5

10:00- 11:30	<p><b>MESA REDONDA: EXPERIÊNCIAS INTERNACIONAIS E NACIONAIS– GOVERNANÇA DOS PLANOS VOLTADOS À SEGURANÇA DO PACIENTE (TRADUÇÃO SIMULTÂNEA)</b></p> <p>- Moderador: Victor Grabois (RJ)</p> <p>10:00 / 10:25 - <b>Planos governamentais baseados nas diretrizes do Plano global da OMS para melhoria da segurança do paciente</b> - Palestrante: Paulo Sousa (Portugal)</p> <p>10:25 / 10:50 - <b>A gestão de riscos como estratégia para a governança dos planos nacionais de segurança do paciente</b> - Palestrante: Carolyn Hoffman Rn Bsn Mn, Ceo (Canada)</p> <p>10:50 / 11:15 - <b>O desafio da estruturação e implantação de um programa nacional para a segurança do paciente em um sistema de saúde universal</b> - Palestrante: Luciana Ue (DF)</p> <p>11:15 / 11:30 - <b>Discussão</b> -</p>
11:40- 12:40	<p><b>CAFÉ COM ESPECIALISTAS: A GOVERNANÇA DE DADOS E DAS INFORMAÇÕES VOLTADOS À PREVENÇÃO DE ERROS DE MEDICAÇÃO E FARMACOVIGILÂNCIA</b></p> <p>- Moderadora: Ana Paula de Almeida Queiroz (RJ)</p> <p>- Palestrante: Helaine Carneiro Capucho (DF)</p> <p>- Palestrante: Odet Sarabia González (Mexico)</p>
13:50- 14:20	<p><b>SIMPÓSIO SATÉLITE - GRUPO CRISTÁLIA</b></p> <p>- Coordenadora: Cláudia Fernanda de Lacerda Vidal (PE)</p> <p>13:50 / 14:20 - <b>Segurança do Paciente na Perspectiva da Assistência Farmacêutica</b> - Palestrante: Marinei Ricieri (PR)</p>

#### • Sessão de Pôsteres

-	<p><b>E-POSTER: EP01_ ACREDITAÇÃO, CULTURA E LIDERANÇA: ELIMINAÇÃO DE DANOS GRAVES EVITÁVEIS E CRIAÇÃO DE SISTEMAS DE ALTA CONFIABILIDADE NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE (16 E 17 DE SETEMBRO)</b></p> <p><a href="#">[acessar trabalhos]</a></p>
-	<p><b>E-POSTER: EP02_ ESTRATÉGIAS INOVADORAS PARA A QUALIDADE DO CUIDADO E SEGURANÇA DO PACIENTE (16 E 17 DE SETEMBRO)</b></p> <p><a href="#">[acessar trabalhos]</a></p>
-	<p><b>E-POSTER: EP03_ EXPERIÊNCIA DO PACIENTE E DOS USUÁRIOS DO SISTEMA DE SAÚDE: EFETIVA COMPREENSÃO SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE E REDESENHO</b></p>

	<b>DE PROCESSOS SEGUROS (16 E 17 DE SETEMBRO)</b> <a href="#">[acessar trabalhos]</a>
-	<b>E-POSTER: EP04_PESQUISA E EDUCAÇÃO EM QUALIDADE EM SAÚDE E SEGURANÇA DO PACIENTE (16 E 17 DE SETEMBRO)</b> <a href="#">[acessar trabalhos]</a>
-	<b>E-POSTER: EP05_POLÍTICAS DE SAÚDE, GESTÃO DE RISCO E A GOVERNANÇA EM SAÚDE (16 E 17 DE SETEMBRO)</b> <a href="#">[acessar trabalhos]</a>
-	<b>E-POSTER: ESPECIAL - PRÊMIO WALTER MENDES (16 E 17 DE SETEMBRO)</b> <a href="#">[acessar trabalhos]</a>
<b>12:40- 13:00</b>	<b>INTERVALO - VISITA AOS PÔSTERES</b>

15

5ª FEIRA

16

6ª FEIRA

17

SÁBADO

## 17 DE SETEMBRO | SÁBADO

## • Especial - sala única

16:30- 17:20	<p><b>CONFERÊNCIA: NEW PATHS FOR PATIENT SAFETY POLICIES: HOW TO INNOVATE AND OVERCOME INEQUITIES (NOVOS CAMINHOS PARA AS POLÍTICAS EM SEGURANÇA DO PACIENTE: COMO INOVAR E SUPERAR INIQUIDADES) (TRADUÇÃO SIMULTÂNEA)</b></p> <p>- Presidente: Paola Andreoli (SP)</p> <p>16:30 / 16:55 - - Conferencista: Ezequiel Garcia Elorrio (Argentina)</p> <p>16:55 / 17:20 - - Conferencista: Ioana Cristina Popescu (Canada)</p>
17:30- 18:10	<p><b>CONFERÊNCIA: PANDEMIC LEGACIES: WHICH WAY FOR QUALITY CARE AND PATIENT SAFETY IN THE CONTEXT OF HEALTH INEQUITIES (LEGADOS DA PANDEMIA: QUAL O CAMINHO A PERCORRER PARA A QUALIDADE DO CUIDADO E SEGURANÇA DO PACIENTE NO CONTEXTO DAS INIQUIDADES EM SAÚDE)</b></p> <p>- Presidente: Cláudia Fernanda de Lacerda Vidal (PE)</p> <p>- Conferencista: Denise Cardo (United States)</p>
18:10- 18:20	<p><b>CERIMÔNIA DE ENCERRAMENTO COM ENTREGA DO PRÊMIO WALTER MENDES</b></p>

## • Sala 1 - Trilha 1

09:00- 10:30	<p><b>PAINEL DE DEBATE: A ACREDITAÇÃO COMO MEIO PARA ALAVANCAR A CULTURA DE SEGURANÇA</b></p> <p>- Coordenador: Pércles Cruz (RJ)</p> <p>- Debatedor: Heleno Costa Junior (RJ)</p> <p>09:00 / 09:20 - <b>Experiência hospitalar</b> - Palestrante: Nilsa Mara de Arruda Yamanaka (SP)</p> <p>09:20 / 09:40 - <b>Experiência em Home Care</b> - Palestrante: Simara Espírito Santo de Jesus (BA)</p> <p>09:40 / 10:00 - <b>Experiência na atenção primária</b> - Palestrante: Fernanda Fuscaldi (SP)</p> <p>10:00 / 10:30 - <b>Debate</b> -</p>
10:30- 10:40	<p><b>PÍLULAS DE CONVIVÊNCIA: CAMPANHA OLÁ, MEU NOME É!</b></p>
10:50- 12:00	<p><b>PERGUNTAS &amp; RESPOSTAS: COMO A CULTURA DE SEGURANÇA PROMOVE O APRENDIZADO A PARTIR DE EVENTOS ADVERSOS NA CADEIA MEDICAMENTOSA</b></p> <p>- Moderadora: Audrey Rippel (SP)</p> <p>- Debatedora: Ana Paula Antunes (RJ)</p> <p>- Debatedor: Salvador Gullo Neto (RS)</p>

12:40-13:30	<p><b>SIMPÓSIO SATÉLITE</b></p> <p>12:40 / 13:00 - <b>Erro diagnóstico – impactos na segurança do paciente (SESSÃO ASSÍNCRONA)</b> - Palestrante: Wilson Shcolnik (SP)</p> <p>13:00 / 13:30 - <b>PPO: Boas Práticas de Inovação e Gestão do Conhecimento em Saúde</b> - Palestrante: Alexia Regina Mandolesi Costa (SP)</p>
14:10-15:00	<p><b>TOP 5: EXPERIÊNCIAS E MUDANÇAS GERADAS NAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE A PARTIR DA AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA</b></p> <p>- Coordenadora: Janaina Regis Lemos Barbosa (BA)</p> <p>14:10 / 14:55 - - Palestrante: Zenewton André da Silva Gama (RN)</p>
15:10-16:10	<p><b>APRESENTAÇÃO VIRTUAL: AV01_ACREDITAÇÃO, CULTURA E LIDERANÇA: ELIMINAÇÃO DE DANOS GRAVES EVITÁVEIS E CRIAÇÃO DE SISTEMAS DE ALTA CONFIABILIDADE NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE</b></p> <p>- Coordenadora: Janaina Regis Lemos Barbosa (BA)</p> <p><a href="#">[acessar trabalhos]</a></p>
16:10-16:20	<p><b>PÍLULAS DE CONVIVÊNCIA: CAMPANHA OLÁ, MEU NOME É!</b></p>

• Sala 2 - Trilha 2

09:00-10:30	<p><b>PAINEL DE DEBATE: A SAÚDE DIGITAL</b></p> <p>- Coordenadora: Laís de Holanda Junqueira (Brasil)</p> <p>- Debatedora: Daniela Campos de Andrade Lourenção (SP)</p> <p>09:00 / 09:20 - <b>O emprego de tecnologias como estratégia no apoio à segurança do paciente</b> - Palestrante: Fabio Serpa (SP)</p> <p>09:20 / 09:40 - <b>Realidade aumentada</b> - Palestrante: Victor Gadelha (SP)</p> <p>09:40 / 10:00 - <b>Simulação</b> - Palestrante: Sergio Gelbvaks (RJ)</p> <p>10:00 / 10:30 - <b>Debate</b> -</p>
10:30-10:40	<p><b>PÍLULAS DE CONVIVÊNCIA: CAMPANHA OLÁ, MEU NOME É!</b></p>
10:50-12:00	<p><b>PERGUNTAS &amp; RESPOSTAS: TELESSAÚDE – INOVAÇÕES E APRENDIZADOS NA SEGURANÇA DAS PLATAFORMAS NOS ÚLTIMOS DOIS ANOS</b></p> <p>- Moderador: Luis Antonio dos Santos Diego (RJ)</p> <p>- Debatedora: Beatriz Faria Leão (SP)</p> <p>- Debatedor: Antônio Carlos Endrigo (SP)</p>
12:40-13:10	<p><b>SIMPÓSIO SATÉLITE</b></p> <p>12:40 / 13:10 - <b>Qualidade dos dispositivos médicos: da aquisição ao uso correto para a segurança do paciente</b> -</p> <p>- Palestrante: Michele Feitoza Silva (PE)</p> <p>- Palestrante: Sonia Silva Ramirez (RJ)</p>
14:10-15:00	<p><b>TOP 5: A INTELIGÊNCIA DIGITAL COMO ESTRATÉGIA TRANSFORMADORA PARA A QUALIDADE E SEGURANÇA EM SAÚDE</b></p> <p>- Coordenadora: Sandra Cristine da Silva (SP)</p> <p>- Palestrante: Diógenes de O. Silva (SC)</p>
15:10-16:10	<p><b>APRESENTAÇÃO VIRTUAL: AV02 ESTRATÉGIAS INOVADORAS PARA A QUALIDADE DO CUIDADO E SEGURANÇA DO PACIENTE</b></p>

	- Coordenador: Luis Antonio dos Santos Diego (RJ) <a href="#">[acessar trabalhos]</a>
16:10- 16:20	<b>PÍLULAS DE CONVIVÊNCIA: CAMPANHA OLÁ, MEU NOME É!</b>

• Sala 3 - Trilha 3

09:00- 10:30	<b>PAINEL DE DEBATE: LITERACIA NA ÁREA DA SAÚDE COM FOCO NA SEGURANÇA DO PACIENTE</b> - Coordenadora: Nancy Itomi Yamauchi (SP) - Debatedora: Thatianny Tanferri de Brito Paranaguá (DF) 09:00 / 09:20 - <b>Literacia para a saúde no contexto da promoção da saúde</b> - Palestrante: Rosane Aparecida de Sousa (MG) 09:20 / 09:40 - <b>A contribuição da tecnologia para o envolvimento do paciente no seu cuidado</b> - Palestrante: Rogério Malveira Barreto (RJ) 09:40 / 10:00 - <b>Equidade e a literacia de grupos vulneráveis</b> - Palestrante: Francis Solange Vieira Tourinho (SC) 10:00 / 10:30 - <b>Debate</b> -
10:30- 10:40	<b>PÍLULAS DE CONVIVÊNCIA: CAMPANHA OLÁ, MEU NOME É!</b>
10:50- 12:00	<b>PERGUNTAS &amp; RESPOSTAS: O ENVOLVIMENTO DE PACIENTES NO REDESENHO DE PROCESSOS SEGUROS</b> - Moderadora: Anna Butter Nunes (RJ) - Debatedora: Elenara Oliveira Ribas (RS) - Debatedora: Marcia Amaral Dal Sasso (DF) - Debatedora: Maiana Regina Gomes de Sousa (SP)
12:40- 14:00	<b>SIMPÓSIO SATÉLITE</b> - Moderadora: Cláudia Fernanda de Lacerda Vidal (PE) 12:40 / 13:10 - <b>Conferência - Indicadores que importam para o paciente: acompanhamento de métricas visando a excelência na experiência</b> - Palestrante: Maiara Anschau Floriani (RS) 13:10 / 13:30 - <b>Discussão</b> -
14:10- 15:00	<b>TOP 5: A FARMACOTERAPIA E O PACIENTE: TOMADA DE DECISÃO COMPARTILHADA E CONTRIBUIÇÕES PARA O TERCEIRO DESAFIO GLOBAL DA OMS.</b> - Coordenadora: Sonia Silva Ramirez (RJ) - Palestrante: Cristiane de Paula Rezende (MG)
15:10- 16:10	<b>APRESENTAÇÃO VIRTUAL: AV03_ EXPERIÊNCIA DO PACIENTE E DOS USUÁRIOS DO SISTEMA DE SAÚDE: EFETIVA COMPREENSÃO SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE E REDESENHO DE PROCESSOS SEGUROS</b> - Coordenadora: Sonia Silva Ramirez (RJ) <a href="#">[acessar trabalhos]</a>
16:10- 16:20	<b>PÍLULAS DE CONVIVÊNCIA: CAMPANHA OLÁ, MEU NOME É!</b>

## • Sala 4 - Trilha 4

09:00-10:30	<p><b>PAINEL DE DEBATE: O CONTEXTO ATUAL E PERSPECTIVAS PARA O ENSINO EM SEGURANÇA DO PACIENTE NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL NO BRASIL</b></p> <p>- Coordenadora: Ana Elisa Bauer de Camargo Silva (GO)</p> <p>09:00 / 09:20 - <b>Diretriz curricular na graduação em Enfermagem</b> - Palestrante: Carmen Silvia Gabriel (SP)</p> <p>09:20 / 09:40 - <b>Diretriz curricular na graduação em Farmácia</b> - Palestrante: Leonardo Regis Leira Pereira (SP)</p> <p>09:40 / 10:00 - <b>Diretriz curricular na graduação em Medicina</b> - Palestrante: Aristides Augusto Palhares Neto (SP)</p> <p>10:00 / 10:30 - <b>Debate</b> -</p>
10:30-10:40	<p><b>PÍLULAS DE CONVIVÊNCIA: CAMPANHA OLÁ, MEU NOME É!</b></p>
10:50-12:00	<p><b>PERGUNTAS &amp; RESPOSTAS: AVANÇOS NAS PESQUISAS NO CONTEXTO DO USO SEGURO DE MEDICAMENTOS</b></p> <p>- Moderadora: Alessandra Rezende Mesquita (SE)</p> <p>- Debatedor: Leonardo Kister (BA)</p> <p>- Debatedor: Alfredo Dias de Oliveira Filho (SE)</p> <p>- Debatedora: Carina Carvalho Silvestre (MG)</p>
13:30-14:00	<p><b>SIMPÓSIO SATÉLITE - COLÉGIO BRASILEIRO DE RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM- CBR</b></p> <p>13:30 / 14:00 - <b>Segurança em meios de contraste radiológicos</b> -</p> <p>- Coordenadora: Cássia Manfredini (SP)</p> <p>- Palestrante: Guilherme Hohgraefe Neto (RS)</p>
14:10-15:00	<p><b>TOP 5: A PESQUISA EM SEGURANÇA DO PACIENTE: QUAIS SÃO AS LACUNAS E AVANÇOS NA PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO?</b></p> <p>- Coordenadora: Vera Lúcia Neves Marra (RJ)</p> <p>- Palestrante: Daniela Campos de Andrade Lourenção (SP)</p>
15:10-16:10	<p><b>APRESENTAÇÃO VIRTUAL: AV04_PESQUISA E EDUCAÇÃO EM QUALIDADE EM SAÚDE E SEGURANÇA DO PACIENTE</b></p> <p>- Coordenadora: Almerinda Luedy (BA)</p> <p><a href="#">[acessar trabalhos]</a></p>
16:10-16:20	<p><b>PÍLULAS DE CONVIVÊNCIA: CAMPANHA OLÁ, MEU NOME É!</b></p>

## • Sala 5 - Trilha 5

09:00-10:30	<p><b>PAINEL DE DEBATE: O QUE VIVENCIAMOS SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE DURANTE A PANDEMIA - APRENDENDO COM OS ERROS E ACERTOS EM GESTÃO DE RISCOS</b></p> <p>- Coordenadora: Paola Andreoli (SP)</p> <p>- Debatedora: Maria de Lourdes de Oliveira Moura (RJ)</p> <p>09:00 / 09:20 - <b>Cuidado adequado e segurança do paciente em um cenário de inequidades</b> - Palestrante: Fernando Bozza (RJ)</p>
-------------	---

	<p>09:20 / 09:40 - <b>Manutenção das atividades voltadas à segurança do paciente durante a pandemia</b> - Palestrante: Ricardo Kuchenbecker (RS)</p> <p>09:40 / 10:00 - <b>Contribuições para a segurança do paciente e profissional da saúde: atuação da fisioterapia na gestão de riscos e na adaptação dos protocolos assistenciais</b> - Palestrante: Bruno Lombaerde Varella Presto (RJ)</p> <p>10:00 / 10:30 - <b>Debate</b> -</p>
10:30-10:40	<b>PÍLULAS DE CONVIVÊNCIA: CAMPANHA OLÁ, MEU NOME É!</b>
10:50-12:00	<p><b>PERGUNTAS &amp; RESPOSTAS: ESTRATÉGICAS VISANDO REDUÇÃO DE DESPERDÍCIOS E RISCOS DESNECESSÁRIOS À ASSISTÊNCIA AO PACIENTE</b></p> <p>- Moderadora: Alessandra Nazareth Caine Pereira Roscani (SP)</p> <p>- Debatedor: Luís Cláudio Lemos Correia (BA)</p> <p>- Debatedor: Lucas Santos Zambon (SP)</p>
12:40-14:00	<p><b>SIMPÓSIO SATÉLITE - ANVISA</b></p> <p>12:40 / 13:00 - <b>Ações coordenadas pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária com foco na melhoria da qualidade e segurança do paciente nos serviços de saúde</b> - Palestrante: Magda Machado de Miranda Costa (DF)</p> <p>13:00 / 13:20 - <b>Avaliação Nacional das Práticas de Segurança do Paciente em Hospitais com Unidades de Terapia Intensiva - 2016 a 2022</b> - Palestrante: Heiko T Santana (DF)</p> <p>13:20 / 13:40 - <b>Avaliação Nacional das Práticas de Segurança do Paciente em Serviços de Diálise - 2022</b> - Palestrante: Maria Dolores Santos da Purificação Nogueira (DF)</p> <p>13:40 / 14:00 - <b>Discussão</b> -</p>
14:10-15:00	<p><b>TOP 5: ESTUDOS DE AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS E ESTRATÉGIAS PARA GOVERNANÇA DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE</b></p> <p>- Coordenadora: Flavia Giron Camerini (RJ)</p> <p>- Palestrante: Marcia Cunha da Silva Pellense (RN)</p>
15:10-16:10	<p><b>APRESENTAÇÃO VIRTUAL: AV05_POLÍTICAS DE SAÚDE, GESTÃO DE RISCO E A GOVERNANÇA EM SAÚDE</b></p> <p>- Coordenadora: Paola Andreoli (SP)</p> <p><a href="#">[acessar trabalhos]</a></p>
16:10-16:20	<b>PÍLULAS DE CONVIVÊNCIA: CAMPANHA OLÁ, MEU NOME É!</b>

## MENSAGEM DO PRESIDENTE DO II CONGRESSO DA SOBRASP

### Bem-vindos ao 2º SOBRASP!

A SOBRASP, fundada em dezembro de 2017, teve como marco inicial a realização do seu primeiro Congresso em 2019, marcado pela excelência na programação científica, e com mais de mil participantes, quando também foi lançada a primeira edição do Prêmio Walter Mendes.

O SOBRASP 2022 está chegando – será realizado nos dias 15, 16 e 17 de setembro de 2022. O último dia do Congresso, 17 de setembro, é o Dia Mundial da Segurança do Paciente, e a escolha foi proposital. Pretendemos com isso congregarmos o país, de Norte a Sul e de Leste a Oeste, na celebração de um comprometimento uníssono com a Segurança do Paciente e a Qualidade do Cuidado.

O 2º Congresso da Sociedade Brasileira para a Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente, que será realizado de forma online, terá como tema central INOVAR PARA GARANTIR A QUALIDADE DO CUIDADO E SEGURANÇA DO PACIENTE NO CONTEXTO DAS INIQUIDADES EM SAÚDE, e será pautado pelas diretrizes nacionais e internacionais que permeiam a qualidade do cuidado e a segurança do paciente.

As trilhas do Congresso 2022 serão: temáticas relacionadas à eliminação de danos graves evitáveis e criação de sistemas de alta confiabilidade; a transformação digital na saúde gerando estratégias inovadoras; a experiência do paciente e o redesenho de sistemas; a educação e a pesquisa com enfoque na qualidade do cuidado e segurança do paciente e, por fim, as políticas de saúde e o gerenciamento de riscos com vistas às melhores práticas em saúde. As temáticas das trilhas delineiam, de forma resumida, o universo de temas que serão apresentados e debatidos nos três dias do evento.

As atividades propostas para o Congresso incluem conferências magnas, mesas redondas, painéis de debate, rodas de conversas, café com especialistas, simpósios e cursos. E estaremos realizando a segunda edição do Prêmio Walter Mendes, para dar reconhecimento nacional a trabalhos científicos e experiências exitosas em instituições de saúde públicas ou conveniadas ao SUS.

As trilhas temáticas nos levarão a momentos de intensa aprendizagem, por meio de trocas entre conferencistas, internacionais e nacionais, e congressistas. A intenção é de compartilhar conhecimentos e experiências, tanto aqueles já consolidados quanto os inovadores, e com a preocupação de proporcionar e assegurar o cuidado seguro a todos, particularmente àqueles em situações de iniquidade que comprometem o seu direito à saúde e ao cuidado seguro.

Em apenas quatro anos de existência, a SOBRASP alcançou projeção e se tornou referência no cenário nacional da Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente. O lugar de destaque alcançado nos permitiu compor as Comissões Científica e Executiva com parte das lideranças nacionais reconhecidas na área, seja na pesquisa, no ensino, na gestão, na assistência ou na divulgação de evidências científicas.

Assim, convidamos a todos os profissionais da área da saúde e áreas afins, aos gestores e lideranças, às sociedades técnico-científicas e entidades que estiveram conosco na Aliança Nacional para o Parto Seguro e Respeitoso, e em outras iniciativas como o MedCovid19, aos estudantes, às representações de pacientes e do controle social para participarem deste evento único que



congrega a participação multiprofissional, em uma jornada ímpar do conhecimento e que levará a mudanças no caminho das melhores práticas em prol da qualidade do cuidado e segurança do paciente. Esperamos você!

Até lá!



Victor Grabois

*Presidente do 2º Congresso da Sociedade Brasileira para a Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente - SOBRASP*

## SUMÁRIO

ORGANIZAÇÃO.....	4
Comissão Executiva - SOBRASP.....	4
Conselho Científico – SOBRASP .....	5
Comissões Julgadoras – Prêmio Walter Mendes.....	6
PROGRAMAÇÃO.....	8
MENSAGEM DO PRESIDENTE DO II CONGRESSO DA SOBRASP.....	24
APRESENTAÇÃO .....	44
PRÊMIO WALTER MENDES .....	45
Modalidade Trabalhos Científicos .....	46
<b>1º lugar - Prêmio Walter Mendes .....</b>	<b>46</b>
26221 - DIAGNÓSTICO DOS EVENTOS ADVERSOS: NOTIFICAÇÃO PROFISSIONAL VERSUS SOFTWARE DIAGNOSIS RELATED GROUP .....	46
<b>2º lugar - Diploma de Honra ao Mérito.....</b>	<b>46</b>
26382 - UTILIZAÇÃO DO HEALTHCARE FAILURE MODE AND EFFECT ANALYSIS VERSÃO BRASILEIRA (HFMEA-B) NA PREVENÇÃO DE QUEDAS.....	46
<b>3º lugar - Diploma de Honra ao Mérito.....</b>	<b>46</b>
26446 - REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MEDIDAS PREVENTIVAS À LESÃO POR PRESSÃO PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM .....	46
Modalidade Experiências Exitosas .....	47
<b>1º lugar - Prêmio Walter Mendes .....</b>	<b>47</b>
26307 - MASCOTES DE SEGURANÇA DO PACIENTE COMO ESTRATÉGIA LÚDICA INOVADORA PARA ENGAJAMENTO DE PACIENTES E FAMILIARES.....	47
<b>2º lugar - Diploma de Honra ao Mérito.....</b>	<b>47</b>
26124 - TRANSFORMAÇÃO DIGITAL: INTEGRAÇÃO 100% DO SISTEMA RADIOLOGIA COM PRONTUÁRIO ELETRÔNICO EM UM HOSPITAL DE REABILITAÇÃO .....	47
<b>3º lugar - Diploma de Honra ao Mérito.....</b>	<b>47</b>
26064 - UTILIZAÇÃO DE VÍDEO INSTRUTIVO COMO ESTRATÉGIA DE ENFRENTAMENTO A COVID-19 NO PREPARO DO CORPO .....	47
RESUMOS PREMIADOS.....	48
Modalidade Trabalhos Científicos .....	48
<b>1º lugar - Prêmio Walter Mendes .....</b>	<b>48</b>
26221 - DIAGNÓSTICO DOS EVENTOS ADVERSOS: NOTIFICAÇÃO PROFISSIONAL VERSUS SOFTWARE DIAGNOSIS RELATED GROUP .....	48
<b>2º lugar - Diploma de Honra ao Mérito.....</b>	<b>50</b>
26382 - UTILIZAÇÃO DO HEALTHCARE FAILURE MODE AND EFFECT ANALYSIS VERSÃO BRASILEIRA (HFMEA-B) NA PREVENÇÃO DE QUEDAS.....	50

<b>3º lugar - Diploma de Honra ao Mérito</b> .....	<b>52</b>
26446 - REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MEDIDAS PREVENTIVAS À LESÃO POR PRESSÃO PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM .....	52
Modalidade Experiências Exitosas .....	54
<b>1º lugar - Prêmio Walter Mendes</b> .....	<b>54</b>
26307 - MASCOTES DE SEGURANÇA DO PACIENTE COMO ESTRATÉGIA LÚDICA INOVADORA PARA ENGAJAMENTO DE PACIENTES E FAMILIARES .....	54
<b>2º lugar - Diploma de Honra ao Mérito</b> .....	<b>56</b>
26124 - TRANSFORMAÇÃO DIGITAL: INTEGRAÇÃO 100% DO SISTEMA RADIOLOGIA COM PRONTUÁRIO ELETRÔNICO EM UM HOSPITAL DE REABILITAÇÃO .....	56
<b>3º lugar – Diploma de Honra ao Mérito</b> .....	<b>57</b>
26064 - UTILIZAÇÃO DE VÍDEO INSTRUTIVO COMO ESTRATÉGIA DE ENFRENTAMENTO A COVID-19 NO PREPARO DO CORPO .....	57
APRESENTAÇÃO VIRTUAL.....	59
Trilha 1 – Acreditação, Cultura e Liderança: eliminação de danos graves evitáveis e criação de sistemas de alta confiabilidade na assistência à saúde .....	60
<b>26250 - AVALIAÇÃO DA QUALIDADE EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO FEDERAL DO NORDESTE BRASILEIRO: RELATO DE EXPERIÊNCIA</b> .....	<b>60</b>
<b>26204 - ELEMENTOS DE UM PROGRAMA DE GESTÃO DA QUALIDADE IMPLEMENTADO EM REDE DE HOSPITAIS PÚBLICOS UNIVERSITÁRIOS</b> .....	<b>61</b>
<b>26279 - NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ANESTÉSICOS: MELHORAR A SEGURANÇA DO PACIENTE E OTIMIZAR A EFICIÊNCIA</b> .....	<b>62</b>
<b>26376 - O PAPEL AGEVISA/PB NOS RESULTADOS DAS AVALIAÇÕES DAS PRÁTICAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE</b> .....	<b>63</b>
<b>26024 - OCORRÊNCIA E EVITABILIDADE DE EVENTOS ADVERSOS EM PACIENTES INTERNADOS EM HOSPITAIS BRASILEIROS: ESTUDO RETROSPECTIVO</b> .....	<b>64</b>
<b>26117 - PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA POR MEIO DO A3 PARA PREVENÇÃO DE ASPIRAÇÃO BRONCOPULMONAR</b> .....	<b>65</b>
Trilha 2 – Estratégias inovadoras para a qualidade do cuidado e segurança do paciente .....	66
<b>26112 - DESHOSPITALIZA - PLANO DE GESTÃO PARA ALTA RESPONSÁVEL DE PACIENTES IDOSOS COM DOENÇAS CRÔNICAS</b> .....	<b>66</b>
<b>26084 - ELABORAÇÃO DE TABELA CONTENDO MEDICAMENTOS A SEREM CONTINUADOS E DESCONTINUADOS DURANTE O PERÍODO PERIOPERATÓRIO</b> .....	<b>67</b>
<b>26109 - IMPLANTAÇÃO DE FORMULÁRIO ELETRÔNICO DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19 PARA NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS</b> .....	<b>68</b>
<b>26102 - JOGOS DOS SETE RISCOS: POTENCIALIZANDO METAS SEGURAS NA SALA DE IMUNIZAÇÃO</b> .	<b>69</b>
<b>26240 - NÃO SE APAVORE: ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL PARA PREVENÇÃO DE PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA</b> .....	<b>70</b>
Trilha 3 – Experiência do paciente e dos usuários do sistema de saúde: efetiva compreensão sobre segurança do paciente e redesenho de processos seguros .....	71
<b>26146 - A IMPORTÂNCIA DO ENGAJAMENTO DO PACIENTE COM ÚLCERA FALCÊMICA NA PREVENÇÃO DE LESÃO</b> .....	<b>71</b>

26005 - ATRASOS DO ATENDIMENTO DURANTE A INTERNAÇÃO POR COVID-19: PERSPECTIVA DO PACIENTE INTERNADO POR COVID-19 .....	72
26168 - O DIREITO DE APRESENTAR QUEIXA E A SUA CONTRIBUIÇÃO PARA O CUIDADO EM SAÚDE SEGURO .....	73
26086 - TRABALHO COM ALEGRIA E RESILIÊNCIA: UMA EXPERIÊNCIA POSITIVA NA CONSTRUÇÃO COLABORATIVA DO TRABALHO .....	74
26004 - TREINAMENTO DA EQUIPE COMO FATOR DA SEGURANÇA DO PACIENTE: PERSPECTIVA DO PACIENTE INTERNADO POR COVID-19 .....	75
26369 - VALIDAÇÃO DE QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE .....	76
Trilha 4 – Pesquisa e Educação em qualidade em saúde e segurança do paciente .....	77
26008 - BIOSSEGURANÇA DOS PROFISSIONAIS DO CENTRO CIRÚRGICO NA COVID-19: UM PROTOCOLO DE REVISÃO DE ESCOPO.....	77
25998 - CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NO CENTRO CIRÚRGICO UNIVERSITÁRIO NA FASE PRÉ-PANDÊMICA.....	78
26033 - ESTRATÉGIAS DE ENSINO PARA DIFUNDIR CONCEITOS DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE EM UM AMBULATÓRIO .....	79
25989 - INEQUIDADE NO ENSINO DA SEGURANÇA DO PACIENTE NA GRADUAÇÃO EM SAÚDE .....	80
26078 - MAPEAMENTO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE: RELATO DE EXPERIÊNCIA .....	81
26272 - REAÇÕES ADVERSAS A MEDICAMENTOS ANTIMICROBIANOS EM CRIANÇAS INTERNADAS EM HOSPITAIS PÚBLICOS BRASILEIROS.....	82
26288 - TREINAMENTO DO NATIONAL EARLY WARNING SCORE 2: ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL PARA O PORTUGUÊS DO BRASIL.....	83
Trilha 5 – Políticas de saúde, gestão de risco e a governança em saúde .....	84
26427 - ACURÁCIA DO GLOBAL TRIGGER TOOL É MAIOR PARA IDENTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS DE MAIOR DANO .....	84
26215 - ANÁLISE RETROSPECTIVA DE INCIDENTES NOTIFICADOS EM UM HOSPITAL DE URGÊNCIA NA CIDADE DE TERESINA-PI.....	85
26284 - AVALIAÇÃO DE ERROS DE MEDICAÇÃO NOTIFICADOS POR SERVIÇOS DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO .....	86
26387 - CONHECIMENTO E FATORES RELACIONADOS À SEGURANÇA DO PACIENTE: ÓTICA DE ENFERMEIROS DA SAÚDE DA FAMÍLIA .....	87
26379 - MORTALIDADE EM IDOSOS DEVIDO A QUEDAS POR ESCORREGÃO, TROPEÇÃO OU PASSOS EM FALSO NO DOMICÍLIO .....	88
26001 - RELAÇÃO DA SEGURANÇA E QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA COM A FADIGA POR COMPAIXÃO EM ENFERMEIROS HOSPITALARES .....	89
26297 - UTILIZAÇÃO DE INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO SITUACIONAL DA SEGURANÇA NA TERAPIA MEDICAMENTOSA EM FARMÁCIAS PÚBLICAS .....	90
E – POSTER ESPECIAL .....	91
Trabalhos submetidos ao Prêmio Walter Mendes – 2ª Edição .....	91
26235 - A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA FORTALECE O SUS: ATIVIDADES TÉCNICAS E CLÍNICAS QUE RESULTAM EM SEGURANÇA .....	92
26074 - A INFLUÊNCIA DA ACREDITAÇÃO NA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE.....	94

26386 - AÇÕES DE MELHORIA IMPLEMENTADAS APÓS ERROS E INCIDENTES OBSERVADOS NA IMUNIZAÇÃO CONTRA COVID-19.....	96
26342 - APRENDIZADO BASEADO EM PROBLEMAS: ESTRATÉGIA PARA MELHORIA DA SEGURANÇA DO PACIENTE EM SALA DE VACINA.....	98
26425 - AVALIAÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE NO USO DE MEDICAMENTOS EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL .....	99
26236 - CUIDADO “FARMA-SUS-CÊUTICO”: ESTRATÉGIA DE SEGURANÇA EM SAÚDE E UMA FERRAMENTA PARA MATERIALIZAÇÃO DO SABER .....	101
26224 - DESEMPENHO HOSPITALAR E OCORRÊNCIA DE CONDIÇÕES ADQUIRIDAS ATRAVÉS DO DIAGNOSIS RELATED GROUP .....	103
26417 - ELABORAÇÃO DE MANUAL DE MONITORAMENTO DE INDICADORES DE QUALIDADE EM HOSPITAL PÚBLICO: RELATO DE EXPERIÊNCIA .....	105
26399 - ESCALA PARA DETERMINAR O INTERVALO DE TEMPO PARA AVALIAÇÃO DOS ACESSOS PERIFÉRICOS EM PEDIATRIA .....	107
26073 - ESTRATÉGIA EDUCATIVA SOBRE OS PROTOCOLOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE .....	108
26368 - ESTRATÉGIAS PARA MITIGAR A NORMALIZAÇÃO DO DESVIO NA PRÁTICA CLÍNICA EM PEDIATRIA.....	109
26361 - GESTÃO DE DOCUMENTOS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: UM CICLO DE MELHORIA .....	111
26358 - INSTITUIÇÃO DA LIGA DE QUALIDADE E SEGURANÇA EM SAÚDE DA UNICAMP: UMA EXPERIÊNCIA EXITOSA .....	113
26428 - O GERENCIAMENTO DA SEGURANÇA DO IDOSO COM DEMÊNCIA NO CONTEXTO DOMICILIAR: E-BOOK COMO TECNOLOGIA EDUCACIONAL .....	114
26397 - OFICINA DE ENSINO NA SAÚDE: CONSTRUÇÃO DE ESTRATÉGIA DE APRENDIZAGEM PARA PREVENÇÃO DE QUEDAS HOSPITALARES.....	115
26366 - QUALIFICAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL EM SEGURANÇA DO PACIENTE NO CUIDADO NEONATAL.....	116
26355 - RECOMENDAÇÕES PARA O MANEJO DE VIAS AÉREAS EM PACIENTES HOSPITALIZADOS NA PANDEMIA DE COVID-19 .....	117
26388 - RELATO DE EXPERIÊNCIA: PAINEL DE MONITORAMENTO DOS INDICADORES DAS CIRURGIAS ELETIVAS.....	118
26170 - SISTEMAS DE RELATÓRIO DE NOTIFICAÇÕES DE INCIDENTES DE SEGURANÇA DO PACIENTE: REVISÃO DE ESCOPO.....	119
26184 - TECNOLOGIAS EDUCACIONAIS NO ENSINO DO CUIDADO SEGURO DA CRIANÇA COM ALERGIA NO AMBIENTE ESCOLAR .....	120
26259 - DESAFIOS PARA ADESÃO À HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE: SCOPING REVIEW .....	122
E-POSTER – TRILHA 1.....	123
E-POSTER: EP01_Acreditação, cultura e liderança: eliminação de danos graves evitáveis e criação de sistemas de alta confiabilidade na assistência à saúde.....	123
26442 - @PANÇAFOCANACRIANÇA: TRABALHANDO A SEGURANÇA DO PACIENTE EM PEDIATRIA NO INSTAGRAM.....	124
26036 - A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL..	125
26248 - A GESTÃO DA QUALIDADE E GESTÃO POR PROCESSOS NO SEGMENTO HOSPITALAR.....	126
26300 - A IMPORTÂNCIA DA TECNOLOGIA PARA UMA COMUNICAÇÃO SEGURA.....	127

26234 - A VISITA TÉCNICA NAS UNIDADES DE SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA EM RIBEIRÃO PRETO -SP .....	128
26048 - ABRIL PELA SEGURANÇA DO PACIENTE: INTERVENÇÃO PARA MELHORAR A COMUNICAÇÃO EFETIVA E AUTOCUIDADO MEDICAMENTOSO .....	129
26095 - ACREDITAÇÃO EM HOSPITAL FILANTRÓPICO NO INTERIOR DA BAHIA – DESAFIOS E AVANÇOS NO CENÁRIO PANDÊMICO .....	130
26118 - ANÁLISE DOS CUSTOS HOSPITALARES POR OCORRÊNCIA DO EVENTO ADVERSO DE ASPIRAÇÃO BRONCOPULMONAR .....	131
26076 - APLICAÇÃO DE UM CICLO DE MELHORIAS DA QUALIDADE NO PROCESSO DA PRESCRIÇÃO NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO .....	132
26133 - ATUAÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE NA CERTIFICAÇÃO DO SETOR DE ECOCARDIOGRAFIA HOSPITALAR .....	133
26374 - AUDITORIA EDUCATIVA DA QUALIDADE: UMA ABORDAGEM PARA ADEÇÃO E MELHORIA DA CULTURA DE SEGURANÇA.....	134
26447 - AUDITORIA OBSERVACIONAL EM EXPURGOS E ARSENAIS DESCENTRALIZADOS EM UMA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR DE GRANDE PORTE .....	135
26232 - AVALIAÇÃO DA CULTURA DA SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA .....	136
26356 - AVALIAÇÃO DA OPORTUNIDADE DE MELHORIA PARA PREVENÇÃO DE QUEDAS EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.....	137
26162 - AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DE ENFERMEIROS SOBRE A PREVENÇÃO DE QUEDAS EM IDOSOS NO AMBIENTE HOSPITALAR.....	138
26065 - AVALIAÇÃO INTERNA DA QUALIDADE EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO .....	139
26213 - AVALIAÇÕES DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE: CONHECENDO O PROGRAMA EBSERH DE GESTÃO DA QUALIDADE .....	140
26173 - CERTIFICAÇÃO INTERNACIONAL E A MELHORIA NO CUIDADO CENTRADO DO PACIENTE: RELATO DE EXPERIÊNCIA .....	141
26200 - CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM MATERNIDADES DE ALTO RISCO NA PERSPECTIVA DA EQUIPE MÉDICA .....	142
6395 - CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NO SERVIÇO MÉDICO DE EMERGÊNCIA: ESTUDO TRANSVERSAL.....	143
26092 - CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE SOB A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DO CENTRO CIRÚRGICO.....	144
26149 - CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS ANTES E DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19 .....	145
26273 - DESAFIOS E PERSPECTIVA NA IMPLANTAÇÃO DAS METAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE NO AGRESTE PERNAMBUCANO .....	146
26230 - DESVIOS DA QUALIDADE DE DISPOSITIVOS MÉDICOS NA SEGURANÇA DO PACIENTE: PROPOSTA DE FERRAMENTA EDUCACIONAL .....	147
26457 - DISCLOSURE: DEFINIÇÃO DE FLUXO INSTITUCIONAL E RELATO DE EXPERIÊNCIA .....	148
26463 - ENGAJAMENTO DO PACIENTE NA SEGURANÇA DO PACIENTE: ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DE QUESTIONÁRIO CANADENSE .....	149
26041 - ERROS DE MEDICAÇÃO RELACIONADOS AO USO DE ANTIMICROBIANOS EM PACIENTES COM COVID 19 EM 2020 .....	150
26405 - ESTRATÉGIA PARA IMPLANTAÇÃO DE MELHORIAS A PARTIR DA PESQUISA DE CULTURA DE SEGURANÇA.....	151

26315 - FERRAMENTAS DE MELHORIA NA AVALIAÇÃO DOS PONTOS CRÍTICOS RELACIONADOS À IDENTIFICAÇÃO EM HOSPITAL GERAL PEDIÁTRICO .....	152
26067 - IMPACTO DOS FATORES DO PACIENTE NA EFETIVIDADE DA INSULINOTERAPIA INTRAVENOSA NO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA .....	153
26012 - IMPLANTAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE .....	154
26096 - IMPLANTAÇÃO DE CHECKLIST ELETRÔNICO DO PARTO SEGURO EM MATERNIDADE REFERENCIA PARA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO .....	155
26308 - IMPLANTAÇÃO DE ESTRATÉGIA LÚDICA PARA SENSIBILIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS QUANTO A HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS .....	159
26019 - IMPLANTAÇÃO DE FERRAMENTA DE GESTÃO PARA MELHORIA DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE .....	160
26098 - IMPLANTAÇÃO DO CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: RELATO DE EXPERIÊNCIA .....	161
26186 - IMPLANTAÇÃO DO PROCEDIMENTO DE DUPLA CHECAGEM NA ADMINISTRAÇÃO DE ANTINEOPLÁSICOS, ANTICORPOS MONOCLONAIS E ENZIMAS .....	162
25997 - IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO CLÍNICO DE SÍNDROME CORONARIANA AGUDA: RELATO DE EXPERIÊNCIA .....	163
26116 - IMPLANTAÇÃO DO TIME DE PREVENÇÃO DE ASPIRAÇÃO BRONCOPULMONAR EM HOSPITAL PÚBLICO TERCIÁRIO .....	164
26277 - IMPLEMENTAÇÃO DE CAIXAS ORGANIZADORAS DE MEDICAMENTOS NA FARMÁCIA SATÉLITE EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE RONDÔNIA .....	165
26401 - IMPLEMENTAÇÃO DO SAFETY HUDDLE E FORTALECIMENTO DA CULTURA DE SEGURANÇA EM UMA UTI COVID .....	166
26140 - IMPLEMENTAÇÃO DOS TIMES DE RESPOSTA RÁPIDO (TRR) EM UM DAY HOSPITAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA .....	167
26242 - IMPORTÂNCIA DE UMA CERTIFICAÇÃO DE QUALIDADE EM ORGANIZAÇÕES DE ATENÇÃO DOMICILIAR .....	168
26396 - INCIDÊNCIA E EVITABILIDADE DE EVENTOS ADVERSOS NO PRONTO ATENDIMENTO: ESTUDO RETROSPECTIVO .....	169
26460 - INSERÇÃO DOS RESIDENTES DE ENFERMAGEM NA GESTÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM: RELATO DE EXPERIÊNCIA .....	170
26128 - INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS PARA PROMOÇÃO DO USO SEGURO DE ANTIMICROBIANOS NO PACIENTE CRÍTICO EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO .....	171
26373 - MONITORAMENTO DOS PADRÕES DE QUALIDADE: UMA ESTRATÉGIA DE EMPODERAMENTO DAS LIDERANÇAS PARA MELHORIA DA QUALIDADE .....	172
26011 - NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS NA EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL: REVISÃO DE ESCOPO .....	173
26125 - NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES: IMPACTOS DA ACREDITAÇÃO EM UM HOSPITAL .....	174
26309 - NOTIFICAÇÕES DE ACIDENTES POR QUEDAS EM UM SERVIÇO TERCIÁRIO DE SAÚDE EM RONDÔNIA .....	175
26057 - O DESAFIO DE REDUZIR INFECÇÕES RELACIONADAS A DISPOSITIVOS INVASIVOS DURANTE A PANDEMIA CAUSADA PELO COVID-19 .....	176
26068 - OFICINA DA QUALIDADE DO CUIDADO: SIMULAÇÃO REALÍSTICA E APLICAÇÃO DAS ESCALAS DE BRADEN E MORSE .....	177
25987 - PASSAGEM DE PLANTÃO MULTIPROFISSIONAL: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA ..	178

26316 - PREPARAÇÃO E ESTÍMULO DA EQUIPE PARA VISITA DA RECERTIFICAÇÃO DA JCI RODA RODA JCI .....	179
26152 - PROJETO DESINVASÃO: IMPACTO DA TRANSIÇÃO DE MEDICAMENTOS ENDOVENOSOS PARA FORMULAÇÕES ORAIS EM PACIENTES INTERNADOS .....	180
26305 - PROTOCOLO DE LONDRES: IDENTIFICAÇÃO DE FATORES CONTRIBUINTES E REDUÇÃO DA RECORRÊNCIA DE EVENTOS ADVERSOS .....	181
26150 - QUALIFICAÇÃO DO SISTEMA DE NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES EM HOSPITAL BAIANO – AVANÇOS E LIMITAÇÕES.....	182
26365 - REDUÇÃO DOS ERROS DE DISPENSAÇÃO EM UM HOSPITAL PÚBLICO DO ESTADO DO CEARÁ .....	183
26193 - REESTRUTURAÇÃO DA METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE CIRURGIA SEGURA: UM ESTUDO DESCRITIVO .....	184
25990 - SEGURANÇA DO PACIENTE: PERSPECTIVA DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM .....	185
26402 - SIMULAÇÃO REALÍSTICA ENQUANTO FERRAMENTA DE CAPACITAÇÃO E PREVENÇÃO DE DANOS NO TRANSPORTE DO PACIENTE CRÍTICO .....	186
26167 - SISTEMAS DE RELATÓRIO DE NOTIFICAÇÕES DE INCIDENTES DE SEGURANÇA DO PACIENTE: REVISÃO DE ESCOPO.....	187
26085 - USO DE EXPRESSÕES VAGAS E ABREVIATURAS NAS PRESCRIÇÕES DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO .....	188
26038 - VIVÊNCIA DE ESTUDANTES ACERCA DO CONHECIMENTO DA LÍNGUA DE SINAIS NA IMUNIZAÇÃO DE PESSOAS SURDAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA .....	189
26383 - 23 ANOS DO SISTEMA BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO .....	190
26352 - METODOLOGIA DE REVISÃO DO MANUAL BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO.....	191
26381 - O DESAFIO DA ACREDITAÇÃO EM HOSPITAIS.....	192
26433 - IMPLEMENTAÇÃO DA TRATATIVA DE NOTIFICAÇÕES DE EVENTOS ADVERSOS DE MENOR GRAVIDADE NAS UNIDADES ASSISTENCIAIS .....	193
E-POSTER – TRILHA 2.....	194
E-POSTER: EP02_Estratégias inovadoras para a qualidade do cuidado e segurança do paciente .....	194
26280 - ESTRATÉGIA DE QUALIFICAÇÃO DE PROFISSIONAIS EM SEGURANÇA DO PACIENTE EM TEMPOS DE PANDEMIA COVID-19 .....	195
26412 - A AMBIÊNCIA COMO BOA PRÁTICA NA ASSISTÊNCIA AO PARTO: EXPERIÊNCIA EM INSTITUIÇÃO PÚBLICA HOSPITALAR .....	198
26205 - A APLICAÇÃO DO “TIME OUT” PARA PREVENÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS EM AMBIENTE DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA .....	199
26354 - ACOMPANHAMENTO DO PREPARO DE MEDICAMENTOS COM APLICAÇÃO DE CHECK-LIST INSTITUCIONAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	200
26049 - AÇÃO EDUCATIVA PARA A MELHORIA DA COMUNICAÇÃO NAS TRANSFERÊNCIAS DE CUIDADOS E SEGURANÇA DO PACIENTE.....	201
26174 - AÇÕES DE UMA EQUIPE DA QUALIDADE NA PERCEPÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE .....	202
26296 - ADESÃO AO SISTEMA QR CODE VERSUS SISTEMA MANUAL DE COMUNICAÇÃO DE EVENTOS EM SAÚDE.....	203
26439 - ANÁLISE DA MELHORIA DO EFEITO DO HÓRUS NA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM UM MUNICÍPIO DO RIO GRANDE DO NORTE.....	204



26163 - AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE: DESAFIOS E APRENDIZADOS .....	205
26060 - BARREIRAS DE SEGURANÇA CONTRA FALHAS NAS MENSURAÇÕES GLICÊMICAS EM PACIENTES CRÍTICOS COM INSULINA INTRAVENOSA.....	206
26165 - BENCHMARKING COMO NORTEADOR PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE: RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	207
26090 - CHECK IN DA ASSISTÊNCIA SEGURA AO RECÉM NASCIDO: RELATO DE EXPERIÊNCIA .....	208
26220 - CONSTRUÇÃO DE UM FLUXOGRAMA PARA CONDUÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS GRAVES: UMA EXPERIÊNCIA EXITOSA .....	209
26422 - CONSTRUÇÃO DE UM TERMO DE ESCLARECIMENTO E CIÊNCIA PARA RISCO DE QUEDAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA .....	210
26079 - DESDOBRAMENTOS DAS INFORMAÇÕES DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE ATÉ A EQUIPE: RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	211
26346 - DESEMPENHO DO CICLO DE PDSA DE PREVENÇÃO DE QUEDAS NO HOSPITAL .....	212
26348 - DESENVOLVIMENTO DE SISTEMA DE INFORMAÇÃO PARA PADRONIZAÇÃO DO PREPARO DE MEDICAMENTOS.....	213
25984 - DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DE UMA TECNOLOGIA EDUCACIONAL PARA A CIRURGIA SEGURA .....	214
26268 - DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS EM CENTRO CIRÚRGICO: RESULTADOS DE PILOTO COM ARMÁRIO ELETRÔNICO .....	215
26063 - DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS: SUBSIDIOS PARA A COMUNICAÇÃO EFETIVA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	216
26195 - EMBAIXADORES DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM MEDICINA DIAGNOSTICA: FORTALECENDO A CULTURA DE SEGURANÇA .....	217
26201 - ENGAJAMENTO DO PACIENTE NA SUA SEGURANÇA: EXPERIÊNCIA COM A IMPLANTAÇÃO DE UMA PLATAFORMA EDUCATIVA.....	218
26349 - ERROS DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM E AS ESTRATÉGIAS PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE .....	219
26115 - ESTRATÉGIA DE REDUÇÃO DE ERROS DE PRESCRIÇÃO EM HOSPITAL DA REDE PÚBLICA ....	220
26432 - ESTRATÉGIA EDUCATIVA SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE RELACIONADA À TERAPIA INFUSIONAL EM UNIDADE DE TRAUMATOLOGIA .....	221
26121 - ESTRATÉGIA PARA REDUÇÃO DOS ERROS DE MEDICAÇÃO: APLICAÇÃO DO MEDICATION TIME OUT.....	222
26233 - ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NO DESENVOLVIMENTO DE PRÁTICAS SEGURAS NO PROCESSO DE IMUNIZAÇÃO .....	223
26164 - ESTRUTURAÇÃO DE UM PROGRAMA PARA GERENCIAMENTO DE PACIENTES EM RISCO DE SUICÍDIO E/OU AUTOMUTILAÇÃO .....	224
26032 - EVENTOS ADVERSOS PÓS BIÓPSIA TRANSRETAL DA PRÓSTATA EM UM AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES .....	225
26380 - EXPERIÊNCIA SOBRE O USO DE JOGOS NA DIDÁTICA EM SAÚDE .....	226
26258 - FARMÁCIA CLÍNICA EM NEFROLOGIA: USO SEGURO DE SELO DE ANTIMICROBIANOS EM UNIDADE DE HEMODIÁLISE .....	227
26333 - GERENCIAMENTO DE SEDAÇÃO E ANALGESIA MULTIPROFISSIONAL DURANTE O PERÍODO DE PANDEMIA, MONITORAMENTO DE INCIDENTES .....	228
26461 - GINCANA DA SEGURANÇA DO PACIENTE: PROMOVENDO UM CUIDADO SEGURO .....	229

26363 - GRUPO DE GESTORES DE RISCO EM SAÚDE: PADRONIZAÇÃO DE PRÁTICAS ENTRE HOSPITAIS DE MUNICÍPIO CATARINENSE .....	230
25986 - GRUPO DE TRABALHO: UMA TECNOLOGIA PARA QUALIDADE DOS SERVIÇOS EM SAÚDE..	231
26423 - HANDOVER DE ENFERMAGEM COM PARTICIPAÇÃO DO PACIENTE: UMA TECNOLOGIA PARA A SEGURANÇA DA COMUNICAÇÃO .....	233
26321 - HUDDLE MULTIPROFISSIONAL E SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: EXPERIÊNCIA EXITOSA .....	234
26110 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE E A ADEÇÃO À CONFERÊNCIA DA IDENTIFICAÇÃO .....	235
26385 - IDENTIFICAÇÃO E PROGRAMAÇÃO DE BOMBAS DE INFUSÃO DE MEDICAMENTOS VASOATIVOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA .....	237
26304 - IMPACTO DO DESABASTECIMENTO DE DIPIRONA SÓDICA NUM CICLO DE MELHORIA DE PROFILAXIA DE DOR PÓS-OPERATÓRIA .....	238
26029 - IMPACTO DO PROGRAMA STEWARDSHIP VISANDO REDUÇÃO DE CUSTOS EM UM HOSPITAL PRIVADO DE SÃO PAULO .....	240
26022 - IMPLANTAÇÃO DA METODOLOGIA SAFETY HUDDLE NO ALMOXARIFADO FARMACÊUTICO DO HOSPITAL SAMARITANO PAULISTA .....	241
26390 - IMPLANTAÇÃO DE TIMES: ESTRATÉGIA INOVADORA NA PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO NO CUIDADO INTENSIVO .....	242
25992 - IMPLANTAÇÃO DO FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS MEOWS NO CENTRO OBSTÉTRICO: RELATO DE EXPERIÊNCIA .....	245
26058 - IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO DE HEMOVIGILÂNCIA EM UM HOSPITAL DA REDE SENTINELA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	246
26003 - IMPLEMENTAÇÃO DE FERRAMENTA PARA NOTIFICAÇÃO DE GERENCIAMENTO DE RISCO EM EMPRESA DE HOME CARE .....	247
26393 - IMPLEMENTAÇÃO DE INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL PARA MINIMIZAR INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS EM UNIDADE DE INTERNAÇÃO .....	248
26202 - IMPLEMENTAÇÃO DE NORMA DE ELABORAÇÃO E CONTROLE DE DOCUMENTOS EM REDE DE HOSPITAIS PÚBLICOS UNIVERSITÁRIOS .....	249
26278 - IMPLEMENTAÇÃO DE UM SISTEMA DE CHECAGEM DE ANTINEOPLÁSICOS À BEIRA DO LEITO: RELATO DE EXPERIÊNCIA .....	250
26113 - IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA INTEGRADO DE QUALIDADE EM UM HOSPITAL FILANTRÓPICO DO SUL DO BRASIL.....	253
26357 - IMPLEMENTAÇÃO DO SAFETY HUDDLE COMO ESTRATÉGIA DE GERENCIAMENTO DE RISCOS EM UMA UNIDADE DE INTERNAÇÃO .....	254
26328 - IMPLEMENTAÇÃO DOS DISPENSÁRIOS ELETRÔNICOS DE MEDICAMENTOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	255
26319 - INDICADORES DE QUALIDADE NO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE: EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO .....	256
26257 - INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS REALIZADAS PELO CLÍNICO EM NEFROLOGIA: DIFERENÇA DE ADEÇÃO ENTRE NOTIFICAÇÃO PESSOAL E REMOTA .....	257
26196 - JOGO SALVE A QUALIDADE: METODOLOGIA DE APRENDIZADO PARA COLABORADORES DE UM HOSPITAL DE PORTO ALEGRE .....	258
26310 - MANEJO FARMACÊUTICO NA UTILIZAÇÃO DA TECNOLOGIA DE OXIGENAÇÃO POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA.....	259

26362 - MAPEAMENTO DE PROCESSO COMO FERRAMENTA TÉCNICA PARA REFORMULAÇÃO DO PROTOCOLO DE DECANULAÇÃO DE PACIENTES INTERNADOS.....	260
26252 - MELHORIA DA QUALIDADE DO ATENDIMENTO A EMERGÊNCIAS EM QUARTEL DO EXÉRCITO NA AMAZÔNIA: EXPERIÊNCIA EXITOSA.....	261
26454 - METAS INTERNACIONAIS DE SEGURANÇA DO PACIENTE: RELATO DA IMPLEMENTAÇÃO EM UM HOSPITAL FILANTRÓPICO ONCOLÓGICO .....	262
26293 - MONITORAMENTO DE INDICADOR DO FEEDBACK DE NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS EM SAÚDE .....	263
26177 - MONITORAMENTO DO PROTOCOLO DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO: UMA ESTRATÉGIA DE SEGURANÇA.....	264
26208 - MONITORIA EM TÓPICOS EM SEGURANÇA DO PACIENTE: INOVAÇÃO NO ENSINO PARA UMA ASSISTÊNCIA SEGURA .....	265
26436 - O USO DA GAMIFICAÇÃO COMO ESTRATÉGIA DE FORTALECIMENTO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE .....	267
26099 - PLANO DE AÇÃO PARA REDUÇÃO DE INCOMPATIBILIDADES NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS: VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO .....	268
26198 – PROBLEMAS RELACIONADOS AO USO DE MEDICAMENTOS EM IDOSOS IDENTIFICADOS PELO SERVIÇO DE CONCILIAÇÃO DE MEDICAMENTOS.....	269
26391 – PROTETOR CUTÂNEO EM SPRAY NA PREVENÇÃO DA RADIODERMATITE EM PELVE: UM ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO .....	270
26266 – QUALIFICAÇÃO DAS NOTIFICAÇÕES DE REAÇÕES ADVERSAS À QUIMIOTERÁPICOS EM PACIENTES AMBULATORIAIS EM HOSPITAL SENTINELA .....	271
25981 – REDE DE APOIO E DIÁLOGO SOBRE IMPACTOS DA CHIKUNGUNYA: RELAÇÃO DIALÓGICA ENTRE CIÊNCIA E SOCIEDADE.....	272
26166 – REDUÇÃO DO TEMPO PORTA ECG: UM DESAFIO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR .....	273
26344 – RELATO DE EXPERIÊNCIA: MELHORIA DA QUALIDADE NO PROCESSO DE ESPERA PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS CIRURGICOS.....	274
26458 – RONDA DA SEGURANÇA DO PACIENTE: DO PLANEJAMENTO À IMPLANTAÇÃO .....	275
26312 – ROTULAGEM DE MEDICAMENTOS COM CÓDIGO DE CORES PARA EVITAR PERDAS E TROCAS NOS PROCESSOS FARMACÊUTICOS.....	276
26050 - SEGURANÇA DO PACIENTE NA TRANSFERÊNCIA DE CUIDADOS ENTRE UNIDADES .....	277
26264 - SEGURANÇA NA CADEIA MEDICAMENTOSA: IMPLANTAÇÃO DO CARRINHO BEIRA LEITO EM INSTITUIÇÃO DE ALTA COMPLEXIDADE .....	278
26360 - SEMANA DA MOBILIZAÇÃO PRECOCE: RELATO DE AÇÕES PARA UMA INTERVENÇÃO SEGURA AO PACIENTE .....	279
26194 - SENSIBILIZAÇÃO DE PROFISSIONAIS ASSISTENCIAIS PARA HIGIENE DAS MÃOS: ESTRATÉGIA MOBILIZADORA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO .....	280
26331 - SERVIÇO HOSPITALAR DE CONCILIAÇÃO DE MEDICAMENTOS: SEGURANÇA DA FARMACOTERAPIA E UMA PERSPECTIVA DE CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL.....	281
26183 - SISTEMA DE NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS EM HOSPITAIS PÚBLICOS DA FHEMIG: UMA NOVA PRÁTICA .....	282
26400 - TECNOLOGIA DE CUIDADO PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM DO FLUSHING NA MANUTENÇÃO DE CATETERES INTRAVENOSOS.....	283
26424 - TECNOLOGIA DIGITAL EDUCACIONAL EM LIBRAS SOBRE ATENÇÃO À SAÚDE NEONATAL NA PREVENÇÃO DA COVID-19 .....	284

26302 - TIME OUT: ESTRATÉGIA GERENCIAL DE COMUNICAÇÃO EFETIVA EM PROL DO DIMENSIONAMENTO EM UNIDADE DE INTERNAÇÃO .....	286
26339 - USO DA FERRAMENTA DE CONCILIAÇÃO DE MEDICAMENTOS EM UM INSTITUTO PEDIÁTRICO NO RIO DE JANEIRO .....	287
26398 - USO DA FILOSOFIA LEAN HEALTHCARE NA EFICIÊNCIA DO PROTOCOLO DO PACIENTE COM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO .....	288
26137 - USO DA TECNOLOGIA COMO FERRAMENTA PARA NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES: RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA EXITOSA .....	289
26451 - USO DE INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL NA PREVENÇÃO DA SEPSE EM PACIENTES DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA .....	290
26322 - USO DO CURATIVO A VÁCUO EM FERIDA COLONIZADA POR KLEBSIELLA AEROGENES EM PACIENTE PÓS-COVID-19 .....	291
26411 - USO DO KAMISHIBAI PARA PREVENÇÃO DE INFECÇÃO PRIMÁRIA DA CORRENTE SANGUÍNEA (IPCS) EM UNIDADE DE INTERNAÇÃO NO RIO DE JANEIRO .....	292
25993 - UTILIZAÇÃO DO INSTRUMENTO QUALIPRESC PARA MONITORAMENTO DA QUALIDADE DA ESCRITA DA PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS .....	293
26238 - UTILIZAÇÃO DO KAMISHIBAI NA GESTÃO DIÁRIA DA PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA .....	294
26156 - VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DE UM INSTRUMENTO PARA AUDITORIA CLÍNICA DE PRONTUÁRIOS .....	295
26009 - VALIDAÇÃO HEURÍSTICA DE APLICATIVO PARA NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES COM MEDICAMENTOS NO ATENDIMENTO MÓVEL DE EMERGÊNCIA.....	298
26437 - VÍDEO COMO ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE À PESSOA COM ÚLCERA VENOSA E FAMILIARES .....	299
26222 - IMPLEMENTAÇÃO DE PROTOCOLO DE GERENCIAMENTO DE QUEDAS EM MEDICINA DIAGNÓSTICA .....	301
26159 - APLICAÇÃO DA FERRAMENTA KAMISHIBAI PROCESSO DE MELHORIA CONTINUA NOS PROTOCOLOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE.....	302
E-POSTER – TRILHA 3.....	303
E-POSTER: EP03_ Experiência do paciente e dos usuários do sistema de saúde: efetiva compreensão sobre segurança do paciente e redesenho de processos seguros .....	303
26253 - A EDUCAÇÃO DE PACIENTES SOB A PERSPECTIVA DE MULHERES QUE VIVENCIARAM O CÂNCER DE MAMA .....	304
26283 - ANJOS DO CUIDADO- EQUIPE MULTI PROFISSIONAL PARA PREVENÇÃO DE QUEDAS.....	305
26181 - APLICAÇÃO DE CHECKLIST DE ROTINAS DO ENFERMEIRO COMO ESTRATÉGIA DE MELHORIA DO CUIDADO EM SAÚDE.....	306
26039 - COMUNICAÇÃO EFETIVA ATRAVÉS DA LIBRAS COM GESTANTE SURDA GERA CREDIBILIDADE E SEGURANÇA: RELATO DE EXPERIÊNCIA .....	307
26129 - COVID-19 E SEGURANÇA DO PACIENTE EM UM QUARTEL NA SELVA AMAZÔNICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	308
26286 - DESENVOLVIMENTO E IMPLANTAÇÃO DA DESINVASÃO EM UNIDADE DE INTERNAÇÃO COM FOCO EM PREVENÇÃO DE INFECÇÃO .....	309
26157 - ESTRATÉGIA PARA ATIVAÇÃO DO PACIENTE E FAMÍLIA EM LINHA DE CUIDADO DE ARTRODESE DE COLUNA .....	310

26298 - FLUXO DE ALTA FARMACÊUTICA E TAXA DE CONFORMIDADE NO PROCESSO VISANDO A SEGURANÇA DO PACIENTE .....	311
26285 - MASCOTE DO CUIDADO- TANO PAULISTA.....	312
26371 - NÃO-CONFORMIDADES EVIDENCIADAS PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA IMUNIZAÇÃO CONTRA COVID-19: AMEAÇA À SEGURANÇA DO PACIENTE.....	313
26231 - NÚCLEO ESTRATÉGICO DE ATENDIMENTO AO FAMILIAR: CRIANDO AMBIENTE FACILITADOR PARA COMUNICAÇÃO EFETIVA E CUIDADO HUMANIZADO .....	315
26217 - O PAPEL DAS DINÂMICAS EM SAÚDE COMO FERRAMENTA ESTRATÉGICA DE EDUCAÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE .....	316
26015 - PROJETO DE MELHORIA PARA REDUZIR O TEMPO DE ESPERA POR CIRURGIA UROLÓGICA ELETIVA.....	317
26101 - RECOMENDAÇÕES PARA A QUALIDADE DO CUIDADO FRENTE ÀS DIMENSÕES DE CERTIFICAÇÃO EM EXPERIÊNCIA DO PACIENTE.....	318
26332 - REPERCUSSÃO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO AUTOCUIDADO DO IDOSO POLIMEDICADO: RELATO DE UMA INTERVENÇÃO FARMACÊUTICA .....	319
26026 - SATISFAÇÃO DO PACIENTE EM AMBITO HOSPITALAR: REVISÃO INTEGRATIVA .....	320
26169 - SEGURANÇA DO PACIENTE NA PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA: VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO.....	321
26306 - SEGURANÇA DO PACIENTE NO CUIDADO HOSPITALAR: UMA REVISÃO SOBRE A PERSPECTIVA DO PACIENTE .....	322
26335 - SEPSE EM ADULTOS E O PAPEL DO ENFERMEIRO FRENTE A SUA DETECÇÃO.....	323
26143 - TOMADA DE DECISÃO BASEADA NA EXPERIÊNCIA DO PACIENTE PARA COPRODUÇÃO DE PROCESSOS DE MELHORIA.....	326
26276 - USO DA “CAIXA MÁGICA” NA EDUCAÇÃO DA POPULAÇÃO PARA HIGIENIZAR AS MÃOS DURANTE A PANDEMIA .....	327
E-POSTER – TRILHA 4.....	328
E-POSTER: EP04_Pesquisa e educação em qualidade em saúde e segurança do paciente .....	328
26182 - A AVALIAÇÃO DE INDICADORES ASSISTENCIAIS COMO ESTRATÉGIA EDUCATIVA PARA TREINAMENTO EM ENFERMAGEM .....	329
26089 - A IMPORTÂNCIA DA FARMÁCIA CLÍNICA NA PREVENÇÃO DE ERROS DE PRESCRIÇÃO EM UMA CLÍNICA CIRÚRGICA.....	330
26207 - A INFLUÊNCIA DA CULTURA ORGANIZACIONAL FRENTE AOS INCIDENTES .....	331
26191 - A PERCEPÇÃO DE GESTORES E ESPECIALISTAS SOBRE RISCOS EM HOSPITAIS .....	332
26134 - A PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO SOBRE EVENTOS ADVERSOS.....	333
26104 - A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE: REPENSANDO O ACOLHIMENTO DE PACIENTES COM QUEIXA DE DOR .....	334
26141 - A SIMULAÇÃO REALÍSTICA COMO FERRAMENTA DE ENSINO APRENDIZAGEM: CONTRIBUIÇÕES PARA SEGURANÇA DO PACIENTE.....	335
26223 - AÇÃO EDUCATIVA SOBRE PREVENÇÃO DE INFECÇÃO HOSPITALAR PARA FAMILIARES E ACOMPANHANTES: RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	336
26389 - AÇÕES DE ENFERMAGEM NO CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA .....	337

26030 - AÇÕES EDUCATIVAS COMO ESTRATÉGIA PARA IDENTIFICAÇÃO CORRETA DO PACIENTE: RELATO DE EXPERIÊNCIA .....	338
26135 - AÇÕES EDUCATIVAS SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE E A FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO INTENSIVISTA.....	339
26142 - ADESÃO À HIGIENE DAS MÃOS EM UM HOSPITAL PARTICULAR: RELATO DE EXPERIÊNCIA	340
26069 - ADESÃO À HIGIENE DE MÃOS PELA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE UTI ADULTO EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO .....	341
26228 - ADESÃO À IMPLANTAÇÃO DE PRÁTICAS ASSISTENCIAIS SEGURAS EM INSTITUIÇÕES PÚBLICAS HOSPITALARES DO BRASIL .....	342
26187 - ADESÃO DOS PROFISSIONAIS À DESINFECÇÃO DAS MÃOS COMO CULTURA DE SEGURANÇA: RELATO DE EXPERIÊNCIA .....	343
26139 - ADORNO ZERO UMA REALIDADE DESEJADA PARA SEGURANÇA DO PACIENTE E PROFISSIONAIS DE SAÚDE .....	344
26088 - AMPLIAÇÃO DO OLHAR FARMACÊUTICO NA REDUÇÃO DE ERROS DE MEDICAÇÃO .....	345
26016 - ANÁLISE DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NO CONTEXTO CIRÚRGICO NA PANDEMIA DA COVID-19 .....	346
26270 - ANÁLISE DA SATISFAÇÃO NO TRABALHO EM UM SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA.....	347
26212 - ANÁLISE DAS NOTIFICAÇÕES DE EVENTOS ADVERSOS DE UM HOSPITAL REFERÊNCIA EM TRAUMA .....	348
26338 - ANÁLISE DAS REQUISIÇÕES DE HEMOCOMPONENTE PARA PROCEDIMENTO DE TRANSFUÇÃO .....	349
26271 - ANÁLISE DO CLIMA EM EQUIPE EM UM SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA .....	350
26145 - APLICAÇÃO DAS METAS INTERNACIONAIS COM GRADUANDOS DE MEDICINA: RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	351
26275 - AS AÇÕES GERENCIAIS ADOTADAS APÓS A IDENTIFICAÇÃO DE UM EVENTO ADVERSO .....	352
26043 - ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM COM MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE PERIGOSOS: IMPLICAÇÕES PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE .....	353
26175 - AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NO CENTRO CIRÚRGICO DE UM HOSPITAL FEDERAL .....	354
26000 - AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE: UMA VISÃO DOS ENFERMEIROS DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO .....	355
26345 - AVALIAÇÃO DAS NOTIFICAÇÕES ESPONTÂNEAS ENVOLVENDO ERROS DE MEDICAÇÃO RECEBIDAS EM UMA INDÚSTRIA FARMACÊUTICA .....	356
26014 - AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DA DOR: EDUCAÇÃO EM SERVIÇO PARA SEGURANÇA DO PACIENTE .....	357
26216 - CAMPANHA EDUCATIVA PELA SEGURANÇA DO PACIENTE EM SERVIÇO ESPECIALIZADO EM TRAUMA: RELATO DE EXPERIÊNCIA .....	358
26434 - CARACTERIZAÇÃO DE FLEBITES QUÍMICAS NO ACESSO VENOSO PERIFÉRICO E FATORES CONTRIBUINTES PARA O SEU DESENVOLVIMENTO .....	359
26353 - CARRO DE EMERGÊNCIA: PADRONIZAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DO PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO MULTIPROFISSIONAL – RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	360
26249 - CARTILHA EDUCATIVA SOBRE A ATUAÇÃO DO GESTOR NA SEGURANÇA DO PACIENTE: ESTUDO METODOLÓGICO.....	361

26013 - CLIMA DE SEGURANÇA EM CENTRO CIRÚRGICO UNIVERSITÁRIO DURANTE PERÍODOS PRÉ-PANDÊMICO E PANDÊMICO DA COVID-19 .....	362
26444 - COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO SEGURO DE MODO INTERSETORIAL: PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DO CONSULTÓRIO NA RUA.....	363
26429 - COMPARTILHANDO CONHECIMENTO PARA A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM FRENTE AOS DESAFIOS IMPOSTOS PELA COVID-19 .....	364
26061 - COMUNICAÇÃO DE RESULTADOS DE EXAMES CRÍTICOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO .....	365
26443 - CUIDADO SEGURO NO PROCESSO DE TRABALHO: PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DO CONSULTÓRIO NA RUA.....	366
26459 - CUIDADOS ESTENDIDOS AOS PACIENTES CIRÚRGICOS DE ALTO RISCO .....	367
26254 - DESAFIOS DO ENFERMEIRO GESTOR NO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UM CENTRO DE IMAGEM .....	368
26419 - DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DE CURSO DE DIFUSÃO ONLINE SOBRE ENFERMAGEM E A SEGURANÇA DO PACIENTE .....	369
26071 - EDUCAÇÃO CONTINUADA SOBRE A IMPORTÂNCIA DA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS PARA O CONTROLE DE INFECÇÕES .....	370
26435 - EDUCAÇÃO PERMANENTE APLICADA DE FORMA LÚDICA PARA PROMOÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE .....	371
26027 - EDUCAÇÃO PERMANENTE NA ENFERMAGEM SOBRE A SEGURANÇA DA CADEIA MEDICAMENTOSA: RELATO DE EXPERIÊNCIA .....	372
26409 - ENCONTRO CLÍNICO COMO ESTRATÉGIA DE DISCUSSÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE .....	373
25983 - ENSINO TEÓRICO-PRÁTICO EM SEGURANÇA DO PACIENTE AUTORRELATADO POR DISCENTES DE ENFERMAGEM: ESTUDO TIPO SURVEY .....	374
26010 - ESCALAS DE AVALIAÇÃO DE RISCO PARA QUEDAS EM PACIENTES HOSPITALIZADOS: REVISÃO INTEGRATIVA.....	375
26274 - EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS AO ERRO DE COMUNICAÇÃO .....	376
26441 - EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS À COMUNICAÇÃO EM HOSPITAIS: A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE .....	377
26299 - EXPERIÊNCIA DO NÚCLEO DE SEGURANÇA NA INCLUSÃO DO TEMA SEGURANÇA DO PACIENTE NA GRADUAÇÃO/PÓS-GRADUAÇÃO.....	378
26263 - FATORES DE RISCO PARA INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO EM CIRURGIA CARDÍACA: VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO CLÍNICO .....	379
26408 - FATORES RELACIONADOS AO DIAGNÓSTICO TARDIO DA HANSENÍASE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA.....	380
26108 - FORMAÇÃO EM SAÚDE NA PÓS-GRADUAÇÃO: RELATO DE UMA DISCIPLINA DO MESTRADO ACADÊMICO.....	381
26350 - GRUPO DE PESQUISA EM ENFERMAGEM: CONTRIBUIÇÃO PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE E QUALIDADE ASSISTENCIAL.....	382
26100 - HIGIENE ORAL NO PACIENTE CRÍTICO: UM PROJETO DE INTERVENÇÃO .....	383
26114 - IDENTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS A MEDICAMENTOS, ATRAVÉS DE FERRAMENTA DE BUSCA POR RASTREADORES .....	384
26047 - IDENTIFICAÇÃO DE MEDIDAS PARA PREVENIR LESÕES POR PRESSÃO EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAIS .....	385

26311 - IMPACTO DA CONCILIAÇÃO DE MEDICAMENTOS SOBRE DESFECHOS CLÍNICOS, HUMANÍSTICOS E ECONÔMICOS EM PACIENTES NÃO HOSPITALIZADOS .....	386
26421 - IMPLANTAÇÃO DE NÚCLEOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM HOSPITAIS DO RIO GRANDE DO NORTE.....	387
26452 - IMPLANTAÇÃO DE UM BUNDLE DE PREVENÇÃO DE INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO: RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	388
26247 - IMPLANTAÇÃO DO INTERNATO OPTATIVO MULTI: IMPACTO E IMPORTÂNCIA NA QUALIDADE ASSISTENCIAL.....	389
26256 - IMPLANTANDO BOAS PRÁTICAS PARA REDUÇÃO DE PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA .....	391
26418 - INCAPACIDADE FÍSICA GRAU DOIS DE HANSENÍASE: SOBRAL, CEARÁ.....	392
26153 - INCIDÊNCIA DE INFECÇÃO PRIMÁRIA DE CORRENTE SANGUÍNEA NA PANDEMIA POR COVID-19: O QUE MUDOU? .....	393
26326 - INCIDÊNCIA DE QUEDAS EM UNIDADE DE INTERNAÇÃO CIRÚRGICA ORTOPÉDICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA BASEADO EM INDICADORES .....	394
26172 - INTEGRAÇÃO EDUCACIONAL COMO ESTRATÉGIA DE TREINAMENTO PARA NOVOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM.....	395
26336 - INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS REALIZADAS EM UM INSTITUTO NACIONAL MATERNO-INFANTIL NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO .....	396
26178 - MANUAL DE ORIENTAÇÕES MEDICAMENTOS INJETÁVEIS COMO FERRAMENTA DE EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL PARA SEGURANÇA DO PACIENTE .....	397
26144 - METODOLOGIA ATIVA EM HIGIENE DAS MÃOS COM ALUNOS DO PRIMEIRO ANO DE GRADUAÇÃO DE MEDICINA .....	398
26241 - METODOLOGIAS ATIVAS MEDIANTE DISCUSSÃO SOBRE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS COM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA .....	399
26282 - NEAR MISS MATERNO NO BRASIL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA .....	401
26317 - NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE: ANÁLISE RETROSPECTIVA 2019-2021 .....	403
26210 - NOTIFICAÇÃO DOS INCIDENTES RELACIONADOS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL NO ANO DE 2021.....	404
26190 - NOTIFICAÇÕES DE INCIDENTES NA PROMOÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE .....	405
26123 - NOVE CERTOS DA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS: PANORAMA DE USO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO .....	406
26021 - NÚCLEOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO: POTENCIALIDADES E DESAFIOS .....	407
26160 - O DESAFIO DO GERENCIAMENTO DE QUEDA NA ATENÇÃO DOMICILIAR.....	408
26154 - O USO DE METODOLOGIAS ATIVAS ABORDANDO A SEGURANÇA DO PACIENTE NO CURSO TÉCNICO EM ENFERMAGEM .....	409
26289 - O USO DE RECURSOS TECNOLÓGICOS GRATUITOS PARA ELABORAÇÃO DA INTRANET E FORTALECIMENTO DA COMUNICAÇÃO INSTITUCIONAL .....	410
26126 - OCORRÊNCIA DE EVENTOS ADVERSOS ANTES E DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19 .....	411
26209 - OPORTUNIDADES DE MELHORIAS NO CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA.....	412
26046 - PANDEMIA DA COVID-19 E CLIMA DE SEGURANÇA EM CENTRO CIRÚRGICO: ESTUDO MISTO .....	413



25991 - PANDEMIA DE COVID-19: IMPACTO NA ATUAÇÃO DE NÚCLEOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE NO ESPÍRITO SANTO .....	415
26045 - PARCERIA EM PROL DA SEGURANÇA DO PACIENTE NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO.....	416
26347 - PDSA DAS METAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE .....	418
26438 - PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS MÉDICOS SOBRE O ENVOLVIMENTO DO PACIENTE NA TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA EM SAÚDE MENTAL .....	419
26244 - PERCEPÇÃO DO AUTOCUIDADO NOS USUÁRIOS PORTADORES DE FERIDAS CRÔNICAS .....	420
26372 - PERCEPÇÃO DOS DISCENTES SOBRE A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA .....	421
26037 - PERFIL DE PACIENTES COM COVID-19 E NEWS 2 - VERSÃO BRASILEIRA: AVALIAÇÃO DE DADOS PRELIMINARES .....	422
26367 - PERFIL DOS PARTICIPANTES DE UM CURSO ONLINE, ABERTO E MASSIVO SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE .....	423
25999 - PRÁTICAS DE ENSINO APRENDIZAGEM NO CONTEXTO HOSPITALAR: A EXPERIÊNCIA DE CONSULTORIA INTERNA .....	424
26410 - PROCESSO DE ENFERMAGEM E PROTOCOLOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE ENSINO .....	425
26415 - PROCESSO DE PREPARO DE ALTA HOSPITALAR DO PACIENTE CIRÚRGICO NO PÓS OPERATÓRIO IMEDIATO .....	426
25985 - PROGRAMA DE TREINAMENTO EM SERVIÇO COMO METODOLOGIA DE CUIDADO E SEGURANÇA DO PACIENTE .....	427
26320 - PROGRAMA EDUCACIONAL MULTIPROFISSIONAL PARA RESIDENTES COMO ESTRATÉGIA PARA MELHORAR A SEGURANÇA: RELATO DE EXPERIÊNCIA .....	429
26122 - PROTOCOLOS COMO ESTRATÉGIA PARA SEGURANÇA DO PACIENTE EM SERVIÇOS DE SAÚDE: REVISÃO DE ESCOPO.....	430
26091 - QUALIDADE DO CUIDADO E SEGURANÇA DO PACIENTE: OLHAR DE UMA EQUIPE DE PRONTO ATENDIMENTO .....	431
26040 - QUALIDADE NO CUIDADO E DIREITOS DA GESTANTE E PARTURIENTE: BARREIRAS E DESAFIOS .....	432
26413 - REAVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE DE HOSPITAL PÚBLICO DE ENSINO .....	433
26291 - RECOMENDAÇÕES PARA O MANEJO DE VIAS AÉREAS EM PACIENTES HOSPITALIZADOS NA PANDEMIA DE COVID-19 .....	434
26407 - REDESENHO GERENCIAL DO PROCESSO EDUCATIVO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM EM HOSPITAL PEDIÁTRICO DE NÍVEL TERCIÁRIO.....	435
26138 - RELATO DE EXPERIENCIA: AÇÃO EDUCATIVA EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO.....	436
26087 - SEGURANÇA DO PACIENTE E ERRO DE MEDICAÇÃO NO CUIDADO AO ADULTO E IDOSO: REVISÃO INTEGRATIVA .....	437
26351 - SEGURANÇA DO PACIENTE E OBSTETRÍCIA: UM ESTUDO BIBLIOMÉTRICO.....	438
26378 - SEGURANÇA DO PACIENTE E PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA .....	439
26034 - SEGURANÇA DO PACIENTE EM SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.....	440
26035 - SEGURANÇA DO PACIENTE: ANÁLISE DA PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UM HOSPITAL DE ENSINO.....	441

26054 - SEGURANÇA NO APRAZAMENTO E PREPARO DE MEDICAMENTOS EM PEDIATRIA: UM OLHAR MULTIPROFISSIONAL .....	442
25994 - TRANSIÇÃO DO CUIDADO PARA ALTA SEGURA DO RECÉM-NASCIDO DA UNIDADE NEONATAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA .....	443
26267 - USO DE MEDICAMENTOS POR MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE SOB A ÓTICA DA SEGURANÇA DO PACIENTE .....	444
26448 - UTILIZAÇÃO DO HEALTHCARE FAILURE MODE AND EFFECT ANALYSIS NA VERSÃO BRASILEIRA (HFMEA-B): RELATO DE EXPERIÊNCIA .....	445
26243 - VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO PARA MONITORAMENTO DA REALIZAÇÃO DO CURATIVO DE CATETER VENOSO CENTRAL .....	446
25988 - VALIDADE, CONFIABILIDADE E RESPONSABILIDADE DO QUESTIONÁRIO ATITUDES DE SEGURANÇA PARA UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO .....	447
26062 - VIGIHOSP: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO .....	448
26203 - VISITA MULTIPROFISSIONAL NA ENFERMARIA: GERENCIAR O CUIDADO COM QUALIDADE E EM EQUIPE.....	449
26265 - VÍDEOS EDUCATIVOS SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE COMO TECNOLOGIA EDUCACIONAL INOVADORA: DESENVOLVIMENTO DO CATÁLOGO DIGITAL .....	450
26025 - “CAIXA DA VERDADE” ESTRATÉGIA PARA MELHORIA DA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS DA EQUIPE DE SAÚDE.....	451
26260 - DESAFIOS PARA ADESÃO À HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE: SCOPING REVIEW .....	452
26094 - CARACTERIZAÇÃO DAS EXTUBAÇÕES ACIDENTAIS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL DO DISTRITO FEDERAL.....	453
26093 - INCIDÊNCIA DE LESÃO NASAL APÓS MELHORIAS NO PROTOCOLO DE CUIDADOS COM BUBBLE CPAP EM PREMATUROS.....	454
26392 - SEGURANÇA NO POSICIONAMENTO DE RECÉM-NASCIDO PREMATURO EM NEONATOLOGIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA .....	455
26211 - VIVÊNCIA EM EMERGÊNCIAS MÉDICAS .....	456
E-POSTER –TRILHA 5 .....	457
E-POSTER: EP05_Políticas de saúde, gestão de risco e a governança em saúde .....	457
26261 - A APLICAÇÃO DO MAPEAMENTO DE PROCESSOS E RISCOS PARA OBTER A LICENÇA SANITÁRIA DE FUNCIONAMENTO .....	458
26218 - A IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE COMO FERRAMENTA DE ENGAJAMENTO MULTIDISCIPLINAR .....	459
26445 - AÇÕES DA COMISSÃO TEMPORÁRIA DE ENFRENTAMENTO À COVID-19 DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA.....	460
26075 - AÇÕES PREVENTIVAS PARA LESÃO POR PRESSÃO EM PACIENTES COM COVID 19 .....	461
26072 - ADESÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL À HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.....	462
26059 - ADESÃO À HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS EM UNIDADES INTENSIVAS DE UM HOSPITAL DE ENSINO .....	463
26206 - ADESÃO DOS PROFISSIONAIS ÀS PRÁTICAS DE IDENTIFICAÇÃO CORRETA DO PACIENTES ..	464
26111 - ADESÃO DOS PROFISSIONAIS ÀS PRÁTICAS PREVENTIVAS DE QUEDAS EM UM HOSPITAL DO SUL DO BRASIL.....	465

26426 - ANÁLISE DAS AQUISIÇÕES PÚBLICAS DE MEDICAMENTOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UMA FUNDAÇÃO PÚBLICA.....	466
26151 - ANÁLISE DO APRAZAMENTO DE MEDICAMENTOS COMO UMA ESTRATÉGIA DE ENFERMAGEM PARA O GERENCIAMENTO DE ANTIMICROBIANOS .....	467
26083 - AUDITORIA DOS TRANSPLANTE DE CÔRNEAS EM GOIÁS NO ANO 2021 .....	468
26127 - AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE: DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – 2021 .....	470
26120 - AVALIAÇÃO DE QUEIXAS TÉCNICAS RELACIONADAS A EPIS UTILIZADOS NO ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DE COVID-19 .....	471
26103 - AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA EM PACIENTES ONCOLÓGICOS QUE SERÃO SUBMETIDOS À CIRURGIA PALIATIVA .....	472
26044 - CÂMARA TÉCNICA DE SEGURANÇA DO PACIENTE: DA IMPLANTAÇÃO À ATUAÇÃO NAS UNIDADES DE SAÚDE ASSISTENCIAIS.....	473
26107 - CLASSIFICAÇÃO E PREVALÊNCIA DOS CASOS DE EVENTOS ADVERSOS PÓS-VACINAÇÃO DE COVID-19 NO CEARÁ EM 2021 .....	474
26132 - DA IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS À EDUCAÇÃO PERMANENTE: ESTRATÉGIAS PARA PROMOVER A SEGURANÇA DO PACIENTE .....	475
26364 - ELABORAÇÃO DAS CONTINGÊNCIAS APÓS EVENTO CATASTRÓFICO (SINISTRO POR INCÊNDIO) EM UM HOSPITAL SECUNDÁRIO DO CEARÁ.....	476
26147 - ESTRATÉGIAS PARA PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO NA PANDEMIA COVID 19 EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO .....	477
26403 - ESTRUTURAÇÃO DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UM HOSPITAL ONCOLÓGICO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	478
26440 - EXPERIÊNCIA MULTIDISCIPLINAR NA MITIGAÇÃO DO DESABASTECIMENTO DE FÁRMACOS DURANTE A PANDEMIA COVID-19 .....	479
26330 - GESTÃO DE DOCUMENTOS: UMA EXPERIÊNCIA EXITOSA PARA A QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE .....	480
26189 - HOSPITALIZAÇÃO E MORTALIDADE POR DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA .....	481
26070 - IMPACTO DO PROTOCOLO DE VINCULAÇÃO DA GESTANTE NO HOSPITAL REGIONAL NORTE-CE.....	482
26453 - IMPLANTAÇÃO DE UM NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA .....	483
26314 - IMPLEMENTAÇÃO DE BARREIRAS DE SEGURANÇA NA PRESCRIÇÃO ELETRÔNICA DE HEPARINA ENDOVENOSA .....	484
26148 - INCIDENTES RELACIONADOS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE NOTIFICADOS NA REGIÃO NORDESTE DO BRASIL.....	485
26239 - INCIDENTES RELACIONADOS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE NOTIFICADOS NO RIO DE JANEIRO NO ANO DE 2021 .....	486
26007 - INCIDÊNCIA DE LESÃO POR PRESSÃO EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO .....	487
26119 - MELHORIA DO PROCESSO DE NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM HOSPITAL PÚBLICO REGIONAL.....	488
26245 - MONITORAMENTO DA SEGURANÇA DO PACIENTE EM REDE HOSPITALAR PÚBLICA PARA SENSIBILIZAÇÃO DE GESTORES .....	489

26192 - MONITORAMENTO DE INDICADORES COMO FERRAMENTA PARA CICLOS DE MELHORIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA EXITOSA .....	490
26290 - O IMPACTO DO MAPEAMENTO DE PROCESSOS E RISCOS NA EXECUÇÃO DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO.....	492
26255 - O PAPEL DO ENFERMEIRO NA ADMINISTRAÇÃO SEGURA DE MEDICAMENTOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.....	493
26301 - OFICINAS PARA APLICAÇÃO DA MATRIZ DE PRIORIZAÇÃO DOS REQUISITOS ESSENCIAIS COMO FERRAMENTA DE GESTÃO.....	494
26106 - ÓBITOS POR CAUSAS EVITÁVEIS EM MENORES DE 5 ANOS NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA .....	495
26066 - PADRONIZAÇÃO DA ELABORAÇÃO DE DOCUMENTOS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO .	496
26303 - PAINÉIS DE INDICADORES: FERRAMENTA PARA GESTÃO E PROMOÇÃO DA MELHORIA CONTÍNUA EM UNIDADES ASSISTENCIAIS .....	497
26180 - PANORAMA DA INTERVENÇÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA MUNICIPAL PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE .....	498
26097 - PREVALÊNCIA E FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS DA CONTAMINAÇÃO POR COVID-19 ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM ITABUNA-BA .....	499
26341 - QUALIDADE DAS NOTIFICAÇÕES DE FARMACOVIGILÂNCIA FEITAS POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE A UMA INDÚSTRIA FARMACÊUTICA.....	500
26377 - QUALIFICAÇÃO E PADRONIZAÇÃO DE INSUMOS HOSPITALARES COM FOCO NA SEGURANÇA E QUALIDADE.....	501
26313 - TREINAMENTO COMO ESTRATÉGIA DE ESTÍMULO ÀS MEDIDAS DE BIOSSEGURANÇA NO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DE COVID-19 .....	502
26052 - USO DA PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA .....	503
26158 - VIGILÂNCIA EM SAÚDE: VALIDAÇÃO DE FLUXOS DE COMUNICAÇÃO DE RISCO .....	504
26042 - CONSTRUÇÃO DO PLANO ESTADUAL DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE DA SES-MT: RELATO DE EXPERIÊNCIA .....	505
26406 - PROGRAMA DE MONITORAMENTO DA QUALIDADE HOSPITALAR NA SAÚDE SUPLEMENTAR .....	506
26384 - TAXA DE ADEQUAÇÃO DE ESCALA EM RELAÇÃO AO NÚMERO DE ATENDIMENTOS COM VERTICALIZAÇÃO DE PACIENTES .....	507
REALIZAÇÃO.....	508
PATROCÍNIO DIAMANTE .....	508
PATROCÍNIO OURO .....	508
PATROCÍNIO PRATA .....	508
PATROCÍNIO BRONZE .....	509
PATROCÍNIO STANDARD .....	509
APOIO .....	510

## APRESENTAÇÃO

Os Anais do II Congresso da SOBRASP reúnem os resumos de trabalhos científicos apresentados durante o evento online, seja nas sessões de Apresentação Virtual, seja na forma de Eposters.

Dos trabalhos submetidos, 35 foram selecionados pelos avaliadores para apresentação oral nas Apresentações Virtuais, divididas conforme as cinco trilhas do Congresso.

Os trabalhos submetidos exclusivamente para o Prêmio Walter Mendes foram apresentados, na segunda etapa da seleção, durante o Congresso, em uma sessão específica de Apresentações Virtuais.

Este documento exhibe, nesta ordem, os resumos dos trabalhos premiados na segunda edição do Prêmio Walter Mendes, seguidos pelos selecionados para apresentação nas sessões de Apresentações Virtuais e, finalmente, aqueles divulgados na forma de Eposters.

## PRÊMIO WALTER MENDES

Prêmio concedido nas modalidades Trabalho Científico e Experiência Exitosa em instituição de saúde pública ou conveniada ao SUS, apresentados no II Congresso da Sociedade Brasileira para a Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente – Segurança do Paciente como direito: reduzir riscos com a contribuição de todos, intitulado: “Walter Mendes”.

A homenagem ao Professor Walter Mendes da Escola Nacional de Saúde Pública, se justifica por sua inestimável contribuição à área da qualidade em saúde e segurança do paciente e à sua busca incansável pela capacitação de profissionais para atuar de forma efetiva nessa área.

O Prêmio Walter Mendes, nas modalidades Trabalho Científico e Experiência Exitosa em instituição de saúde pública ou conveniada ao SUS e patrocinado pela Sociedade Brasileira para a Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente – SOBRASP, tem como objetivo incentivar o desenvolvimento e a disseminação de práticas seguras no cuidado de saúde que possam ser adotadas como referencial para a melhoria da qualidade e da segurança do paciente pelas instituições de saúde brasileiras.

Os trabalhos concorrentes, submetidos na forma de resumo expandido, foram apreciados por uma Comissão Julgadora, composta por um Presidente e mais três membros, todos com expertise na área de qualidade e segurança do paciente, instituída pela Comissão Científica do Congresso.

A avaliação dos trabalhos ocorreu em duas etapas: na primeira, eliminatória e classificatória, foram eleitos os três melhores trabalhos de cada modalidade. Na segunda etapa, realizou-se a avaliação classificatória pela apresentação oral dos seis trabalhos selecionados na primeira etapa.

O melhor trabalho em cada modalidade foi contemplado com o Prêmio Walter Mendes. O primeiro lugar em cada modalidade recebeu uma Placa com o nome do Prêmio concedido, modalidade, classificação do trabalho, nome da SOBRASP, título do estudo, nomes dos autores, cidade, especificação, ano e título do evento.

Os trabalhos classificados em segundo e terceiro lugares em cada modalidade receberam o Diploma de Honra ao Mérito, com o nome do Prêmio, modalidade, classificação do trabalho, nome da SOBRASP, título do estudo, nomes dos autores, cidade, especificação, ano e título do evento.

A seguir, apresenta-se a relação dos trabalhos vencedores nas duas modalidades e, após, o resumo de todos.

**Modalidade Trabalhos Científicos****1º lugar - Prêmio Walter Mendes****26221 - DIAGNÓSTICO DOS EVENTOS ADVERSOS: NOTIFICAÇÃO PROFISSIONAL VERSUS SOFTWARE DIAGNOSIS RELATED GROUP**

BÁRBARA RIBEIRO MARTINS - FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS, MARCO AURÉLIO FAGUNDES ÂNGELO - FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS, CÍNTHIA NEVES FONSECA - FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS, ÉRIKA CRISTINA FERNANDES CHAMON - FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS, ISABELLA MANETTA DE MORAIS - FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS, CYNTHIA CAROLINA DUARTE ANDRADE - FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS

**2º lugar - Diploma de Honra ao Mérito****26382 - UTILIZAÇÃO DO HEALTHCARE FAILURE MODE AND EFFECT ANALYSIS VERSÃO BRASILEIRA (HFMEA-B) NA PREVENÇÃO DE QUEDAS**

THIANA SEBEN PASA - PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL - PUCRS, JANETE DE SOUZA URBANETTO - PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL - PUCRS, TÂNIA SOLANGE BOSI DE SOUZA MAGNAGO - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - UFSM, CAROLINE ZOTTELE PIASENTIN GIACOMINI - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA - HUSM/EBSERH, TATIANA ROSSINE LORENSI - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA - HUSM/EBSERH, MARCIELLE VILAVERDE MOUTINHO CEROLINI - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA - HUSM/EBSERH (RS)

**3º lugar - Diploma de Honra ao Mérito****26446 - REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MEDIDAS PREVENTIVAS À LESÃO POR PRESSÃO PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM**

ROSA MARIA FERREIRA DE ALMEIDA - ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY - UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA, RAFAEL CELESTINO DA SILVA - ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY - UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA

**Modalidade Experiências Exitosas****1º lugar - Prêmio Walter Mendes****26307 - MASCOTES DE SEGURANÇA DO PACIENTE COMO ESTRATÉGIA LÚDICA INOVADORA PARA ENGAJAMENTO DE PACIENTES E FAMILIARES**

PRISCILA COELHO AMARAL - HOSPITAL DA CRIANÇA CONCEIÇÃO - GHC/RS, BRUNA BIONDANI WORTMANN - HOSPITAL DA CRIANÇA CONCEIÇÃO - GHC/RS, FERNANDA DE AVILA CARVALHO NEVES - HOSPITAL DA CRIANÇA CONCEIÇÃO - GHC/RS, SÉRGIO DÓRIO DE CARVALHO - HOSPITAL DA CRIANÇA CONCEIÇÃO - GHC/RS, STEPHANIE GREINER - HOSPITAL DA CRIANÇA CONCEIÇÃO - GHC/RS, VICTÓRIA TIYOKO MORAES SAKAMOTO - HOSPITAL DA CRIANÇA CONCEIÇÃO - GHC/RS

**2º lugar - Diploma de Honra ao Mérito****26124 - TRANSFORMAÇÃO DIGITAL: INTEGRAÇÃO 100% DO SISTEMA RADIOLOGIA COM PRONTUÁRIO ELETRÔNICO EM UM HOSPITAL DE REABILITAÇÃO**

RAFAELA ALVES DE CASTRO - CENTRO ESTADUAL DE REABILITAÇÃO E READAPTAÇÃO DR. HENRIQUE SANTILLO – CRER, DANILLO FLORINDO DE FARIA - CENTRO ESTADUAL DE REABILITAÇÃO E READAPTAÇÃO DR. HENRIQUE SANTILLO – CRER, ALLAN DA SILVA BRAGA - CENTRO ESTADUAL DE REABILITAÇÃO E READAPTAÇÃO DR. HENRIQUE SANTILLO – CRER, HÉLVIA FERNANDES DE ASSIS - CENTRO ESTADUAL DE REABILITAÇÃO E READAPTAÇÃO DR. HENRIQUE SANTILLO – CRER, ANA FLÁVIA DE OLIVEIRA SILVA - CENTRO ESTADUAL DE REABILITAÇÃO E READAPTAÇÃO DR. HENRIQUE SANTILLO – CRER, VÁLNEY LUIZ DA ROCHA - CENTRO ESTADUAL DE REABILITAÇÃO E READAPTAÇÃO DR. HENRIQUE SANTILLO – CRER (GO)

**3º lugar - Diploma de Honra ao Mérito****26064 - UTILIZAÇÃO DE VÍDEO INSTRUTIVO COMO ESTRATÉGIA DE ENFRENTAMENTO A COVID-19 NO PREPARO DO CORPO**

JÉSSICA FERREIRA SOARES - UERJ, VANESSA GALDINO DE PAULA - UERJ, HELENA FERRAZ GOMES - UERJ, PATRÍCIA BRITTO RIBEIRO DE JESUS - UERJ, JANEIDE DE MORAES CALDAS ANDRADE - UERJ, HELENA MARIA SCHERLOWKI LEAL DAVID - UERJ



## RESUMOS PREMIADOS

## Modalidade Trabalhos Científicos

## 1º lugar - Prêmio Walter Mendes

**26221 - DIAGNÓSTICO DOS EVENTOS ADVERSOS: NOTIFICAÇÃO PROFISSIONAL VERSUS SOFTWARE DIAGNOSIS RELATED GROUP**

BÁRBARA RIBEIRO MARTINS - FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS, MARCO AURÉLIO FAGUNDES ÂNGELO - FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS, CÍNTIA NEVES FONSECA - FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS, ÉRIKA CRISTINA FERNANDES CHAMON - FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS, ISABELLA MANETTA DE MORAIS - FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS, CYNTHIA CAROLINA DUARTE ANDRADE - FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS

**Introdução:** Eventos adversos (EA) afetam cerca de 10% das admissões hospitalares e constituem um dos maiores desafios para qualificar a assistência à saúde. Ainda que de elevada ocorrência, 50 a 60% desses incidentes são evitáveis com a adoção de medidas preventivas<sup>1</sup>. Conhecer a dimensão real destes incidentes decorrentes de falhas dos processos assistenciais permite aprimorar a segurança dos pacientes<sup>2</sup>. Por isso a notificação e o monitoramento desses incidentes são imprescindíveis para a melhor gestão dos riscos e podem ser mais precisos com auxílio de ferramentas, como o software Diagnosis Related Group (DRG). O DRG é uma metodologia de classificação de pacientes agudos capaz de definir a complexidade dos casos atendidos por um serviço de saúde e converter dados assistenciais em informação gerencial, de forma estruturada e homogênea. Os EA ocorridos nas 20 unidades assistenciais que compõem a Fundação Hospitalar de Minas Gerais (Fhemig) são notificados no NOTIVISA (Sistema de Notificação em Vigilância Sanitária) e em um sistema institucional (SIEAD - Sistema de Notificação de Eventos Adversos) e enviados ao núcleo central de segurança do paciente que compila e divulga essas informações como dados gerenciais. Após a implantação do DRG, em 2019, nos 10 hospitais dessa fundação, a codificação das altas permitiu um diagnóstico mais acurado das informações, entre as quais as condições adquiridas (CA) que correspondem aos EA. **Objetivo:** Comparar o diagnóstico dos incidentes relacionados com assistência à saúde em 10 hospitais públicos da Fundação Hospitalar de Minas Gerais a partir da notificação profissional e do software Diagnosis Related Group. **Método:** Estudo descritivo, transversal e retrospectivo, realizado de abril a junho de 2022, em 10 hospitais públicos da Fundação Hospitalar de Minas Gerais. Foram comparadas as estatísticas descritivas dos EA registrados, de julho de 2020 a abril de 2022, através da notificação profissional no SIEAD/NOTIVISA e da codificação dos prontuários de alta no software DRG. Além do total de EA, foram descritas as frequências absolutas e relativas dos eventos sentinelas e dos mais ocorrentes no período de análise. As informações constantes neste estudo são todas gerenciais e, portanto, não identificam os pacientes e nem os hospitais da Fhemig. **Resultados:** Comparado ao SIEAD/NOTIVISA, observou-se aumento considerável do número de EA identificados a partir do software DRG. Dentre os EA mais frequentes nos 10 hospitais da Fhemig destacam-se: relacionados ao acesso venoso (complicações mecânicas de dispositivos e implantes cardiovasculares) e às lesões por pressão estágios 1 e 2. Do total de 2.136 EA registrado, no período de análise, através do SIEAD/NOTIVISA, os incidentes mais frequentes foram, respectivamente: os relacionados ao acesso venoso (n = 290; 13,57%); lesões por pressão estágios 1 e 2 (n = 231; 10,81%); os relacionados aos medicamentos (n = 177; 8,28%) e às documentações (n = 173; 8,09%). Foram classificados como sentinelas (graves)

0,63% (n = 34) desses EA. Pelo software DRG foram codificadas 89.739 altas e identificados 8.300 pacientes que apresentaram 14.010 CA. A taxa desses eventos foi 9,25%. Dentre estes incidentes os mais frequentes foram: complicações mecânicas de dispositivos e implantes cardiovasculares (n = 1.691; 12,06%); laceração de períneo de primeiro grau durante o parto (n = 1.000 – 7,13%); lesão por pressão estágios 1 e 2 (n = 913 – 6,51%); laceração de períneo de segundo grau (n = 838 – 5,98%); complicação mecânica de dispositivos protéticos, implante e enxerto gastrointestinais (n = 577 – 4,11%); outras hemorragias do pós-parto imediato (n = 458 – 3,26%). Desse total de incidentes (n = 14.010) a taxa de sentinelas é de 3,40% (n = 4.086) e identificados 3.055 pacientes. **Discussão:** O diagnóstico dos EA a partir do software DRG, sem dúvidas, apresenta maior sensibilidade, especificidade e abrangência ao comparado à notificação profissional do SIEAD/NOTIVISA. Os tipos de EA mais frequentes nos 10 hospitais da Fhemig correspondem aos mais notificados no Brasil e no estado de Minas Gerais, conforme o último relatório publicado pelo Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária. Parte das informações compiladas no SIEAD/NOTIVISA e no DRG se complementa e aponta que há subnotificação e, portanto, necessidade de melhorias dos registros profissionais. Comparado ao SIEAD/NOTIVISA, observou-se aumentos de 555,90% do número de EA e de 12.017,65% do número de eventos sentinelas identificados a partir do software DRG. Sugere-se adoção desta tecnologia para gerar informações que subsidiam os planos de ações elaborados pelos núcleos (central e locais) de segurança do paciente a fim de alcançar melhorias da qualidade assistencial e da segurança dos pacientes nos 10 hospitais da Fhemig. Assim como os dados da Fhemig, dentre os tipos de eventos adversos notificados com maior frequência, no Brasil (Anexo 1) e em Minas Gerais (Anexo 2), destacam-se: lesão por pressão, quedas, falha na identificação do paciente e os relacionados aos cateteres venosos e às documentações<sup>3</sup>. Por um lado, observa-se que de EA relacionados à identificação do paciente e à documentação só constam no SIEAD/NOTIVISA. Por outro lado, lacerações de períneo de primeiro e segundo graus e outras hemorragias do pós-parto imediato foram registradas somente no software DRG. Isso indica pontos de atenção para aprimorar o diagnóstico dos EA a partir do software DRG, bem como o estímulo de notificações, revisões de processos e de ações educativas. **Conclusão:** A implantação da metodologia DRG na Fhemig, em 2019, é pioneira e exitosa na administração estadual de serviços hospitalares do Sistema Único de Saúde (SUS). Este estudo demonstra o potencial e a necessidade aprimoramento desta ferramenta para o diagnóstico e monitoramento do EA na Fhemig. Os dados dos 10 hospitais refletem os do Brasil e de Minas Gerais publicados pela Anvisa neste ano, sendo a Fhemig um campo de estudo e de avaliação para boas práticas. A notificação nos sistemas SIEAD/NOTIVISA deve ser estimulada por garantir o anonimato e compor os dados epidemiológicos nacionais imprescindíveis para compreender a dimensão desses incidentes. A notificação profissional comparada aos dados do software DRG percebe-se que o mesmo é mais abrangente, sensível e específico e engloba, para além dos EA notificados pelos profissionais, informações geradas a partir dos prontuários de alta.

## 2º lugar - Diploma de Honra ao Mérito

### 26382 - UTILIZAÇÃO DO HEALTHCARE FAILURE MODE AND EFFECT ANALYSIS VERSÃO BRASILEIRA (HFMEA-B) NA PREVENÇÃO DE QUEDAS

THIANA SEBEN PASA - PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL - PUCRS, JANETE DE SOUZA URBANETTO - PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL - PUCRS, TÂNIA SOLANGE BOSI DE SOUZA MAGNAGO - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - UFSM, CAROLINE ZOTTELE PIASENTIN GIACOMINI - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA - HUSM/EBSERH, TATIANA ROSSINE LORENSI - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA - HUSM/EBSERH, MARCIELLE VILAVERDE MOUTINHO CEROLINI - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA - HUSM/EBSERH (RS)

**Introdução:** Gerir riscos é o processo de identificar, avaliar, analisar e gerenciar os riscos envolvidos em uma prática, com vistas a definir prioridades e o planejamento de ações que minimizem, controlem ou eliminem os riscos identificados<sup>(1)</sup>. O HealthCare Failure Mode and Effect Analysis (HFMEA) é um método de análise de risco, que consiste na análise de Modos de Falhas e das Causas dos Modos de Falha relacionados a um processo, direcionando o planejamento de ações para os modos e causas com maior urgência de correção<sup>(2)</sup>. Este tipo de análise auxilia gestores e profissionais na identificação de potenciais fragilidades dos processos e no planejamento de ações que possam ser aplicadas na instituição<sup>(3)</sup>. Com vistas a evitar equívocos na aplicação do HFMEA, devido a sua utilização com livre tradução do inglês para o português, propôs-se a adaptação transcultural para o português do Brasil<sup>(3)</sup>. Dentre as etapas contempladas pela adaptação transcultural, este estudo irá descrever a etapa do pré-teste da versão brasileira do HFMEA, o HFMEA-B. Para a sua pré-testagem, propôs-se a análise do processo de aplicação da Morse Fall Scale – versão brasileira (MFS-B) em adultos e idosos hospitalizados. Justifica-se a análise desse processo, devido ao número incidentes e eventos adversos relacionados a quedas na instituição pesquisada e de a MFS-B estar implantada no protocolo institucional, porém com baixa adesão. **Objetivo:** Analisar os Modos e Causas dos Modos de Falha referentes ao processo de aplicação da MFS-B, em adultos e idosos hospitalizados, por meio da versão brasileira do HFMEA-B. **Método:** Este trabalho integra o projeto de Doutorado intitulado “Impacto da utilização do HFMEA na prevenção de quedas no ambiente hospitalar”, que propôs a adaptação transcultural do HFMEA para o português do Brasil (HFMEA-B)<sup>(3)</sup>. Após a realização das etapas iniciais da adaptação transcultural (tradução, retrotradução e comitê de especialistas), deu-se início ao pré-teste, com a aplicação do HFMEA-B, conforme orientado pelos autores originais do método<sup>(2,4)</sup>. A pesquisa está sendo desenvolvida no Hospital Universitário de Santa Maria – HUSM/EBSERH, mediante parceria entre Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) e a Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), com aprovação da Comissão Científica da Escola de Medicina da PUCRS e do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM, sob parecer nº 3.920.826. No HUSM, como a MFS-B é aplicada pelos enfermeiros, estes foram convidados para participar do pré-teste com o critério de inclusão de serem atuantes no Núcleo de Segurança do Paciente (NSP/HUSM) e no protocolo de Prevenção de Quedas. As reuniões aconteceram semanalmente, de setembro a outubro de 2021, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes. **Resultados:** A equipe denominada “Equipe HFMEA-B” foi composta por cinco profissionais de diferentes unidades da instituição e implicadas de diferentes formas no processo. Para a análise do processo, foram realizadas sete reuniões com tempo aproximado de 80 minutos cada. Na primeira reunião, foi apresentado o HFMEA-B. Após, iniciou-se a aplicação do método, especificamente as etapas: 1 (definição do tópico), 2 (definição da equipe) e 3 (descrição gráfica do processo). Definiu-se a manutenção da análise do processo de

aplicação da MFS-B e a função de cada membro na equipe. Após, identificou-se o fluxo do processo de prevenção de quedas na instituição. Nas reuniões seguintes, foram analisados especificamente o subprocesso “Aplicação da MFS-B para avaliação do risco de quedas”. Para este subprocesso foram definidos os seguintes fluxos: “2A. Aplicar a MFS-B”, “2B. Identificar o escore da MFS-B” e “2C. Registrar a avaliação/escore da MFS-B”. A partir disso, discutiram-se os modos de falha referente as etapas desse subprocesso, conforme apresentado abaixo:

Modo de falha referente a etapa 2A “Aplicar a MFS-B”:

- 2A (1): Não avaliar o paciente
- 2A (2): Não aplicar a MFS-B
- 2A (3): Aplicar a MFS-B erroneamente
- 2A (4): Ultrapassar o tempo pré-estabelecido para a primeira avaliação do risco de quedas, pela MFS-B (8 horas)

Modo de falha referente a etapa 2B “Identificar o escore da MFS-B”:

- 2B (1): Realizar o somatório errado da MFS-B

Modo de falha referente a etapa 2C Registrar a avaliação/escore da MFS-B:

- 2C (1): Ausência de registro da aplicação da MFS-B
- 2C (2): Registro da aplicação da MFS-B em diferentes locais do prontuário eletrônico

A identificação dos Modos de Falha, juntamente com a análise de risco por meio da Matriz de Risco HFMEA-B (gravidade x probabilidade) e, posteriormente, a análise por meio da Árvore da Decisão, compõe a Etapa 4 do HFMEA-B (Análise de Risco). A utilização da Árvore da Decisão determina a necessidade de identificação das Causas dos Modos de Falha e a análise destas. Na Etapa 5 do HFMEA-B (Ação e Medida de Resultado/Processo) definiu-se a conduta a ser tomada (aceitar, controlar ou eliminar). Quando optado por aceitar o Modo de Falha e/ou a Causa do Modo de Falha, foi necessário justificar. Quando decidido por controlar ou eliminar, foram planejadas ações para alcançar este objetivo. Também, foram definidas as medidas utilizadas para mensurar a eficácia dessas ações, o responsável por implementá-las e acompanhar os indicadores. Os registros referentes às etapas 4 e 5 do método foram registradas em planilha específica do HFMEA-B. A versão na íntegra poderá ser acessada em um e-book que será publicado pela Associação Brasileira de Enfermagem, em agosto deste ano. Após a construção da Equipe HFMEA-B, buscou-se a ciência e aprovação do gestor com a entrega de um relatório referente a análise realizada e iniciaram-se a implementação das ações propostas. **Conclusão:** A utilização do HFMEA-B para analisar o processo de aplicação da MFS-B na prevenção de quedas, mostrou-se importante aliado na segurança do paciente, uma vez que propôs ações corretivas que podem minimizar a ocorrência do incidente queda na instituição por meio da identificação dos Modos de Falha que precisam ser priorizados frente aos demais. A inclusão de profissionais envolvidos de diferentes formas no processo permite discussões ampliadas e compartilhamento de experiências exitosas, tornando-os estratégicos nas discussões com a equipe assistencial e na disseminação das ações planejadas.

**3º lugar - Diploma de Honra ao Mérito****26446 - REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MEDIDAS PREVENTIVAS À LESÃO POR PRESSÃO PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM**

ROSA MARIA FERREIRA DE ALMEIDA - ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY - UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA, RAFAEL CELESTINO DA SILVA - ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY - UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA

**Introdução:** Lesão por pressão é um dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea, ou relacionado ao uso de dispositivo médico ou a outro artefato<sup>1</sup>. Trata-se de um problema de segurança do paciente e de saúde pública, uma vez que é um evento adverso que apresenta magnitude epidemiológica, relevância clínica e que onera os serviços de saúde, além de implicar em prejuízos emocionais e sociais aos pacientes<sup>2-3</sup>. Em face desses impactos e dos indicativos de falhas na adesão dos profissionais de enfermagem às medidas preventivas da lesão por pressão, levantou-se o pressuposto de que a aplicação dessas medidas nas práticas de cuidado ao paciente hospitalizado tinha relação com a existência de representações sociais elaboradas pelos profissionais de enfermagem sobre as medidas preventivas. **Objetivo:** Analisar as representações sociais da equipe de enfermagem sobre as medidas preventivas à lesão por pressão aplicadas em pacientes hospitalizados. **Método:** Estudo de abordagem qualitativa, desenvolvido à luz da Teoria das Representações Sociais em suas abordagens estrutural e processual. A primeira etapa foi realizada com 103 profissionais de enfermagem de um hospital especializado utilizando-se a Técnica de Associação Livre de Palavras. Os dados foram submetidos ao software EVOC para análise prototípica, e posteriormente empregou-se três técnicas de confirmação da centralidade: o teste da dupla negação, o Índice de Centralidade de Representações Sociais a partir de Evocações e a análise de similitude. Para a obtenção dos dados da segunda etapa, realizou-se entrevista semiestruturada com 28 profissionais da equipe de enfermagem dos setores de clínica médica da instituição e que participaram na primeira etapa. Esses dados foram submetidos inicialmente ao software Alceste, para análise lexicográfica. No segundo momento, a parte do corpus de entrevistas não processada pelo software foi submetida à análise de conteúdo temática, para aprofundamento analítico. O projeto foi aprovado em Comitê de Ética em Pesquisa sob número de parecer 4.323.665. **Resultados:** Na abordagem estrutural os resultados evidenciaram que as evocações “cuidado” e “decúbito” compuseram o núcleo central da representação, que se estruturou com base na dimensão imagética da mudança do decúbito, a partir da qual ocorre uma hierarquização das medidas preventivas. O termo cuidado remeteu à dimensão normativa da representação, na compreensão de que o emprego das medidas preventivas é um cuidado de responsabilidade da enfermagem; e à dimensão prática, pelas ações de cuidado preventivo com o emprego de tecnologias. A massagem foi um termo relacionado à memória social da equipe de enfermagem. Quanto à abordagem processual, as representações foram elaboradas sustentadas por crenças que integraram a dimensão simbólica: na primeira delas, as medidas preventivas foram construídas a partir da ideia de que a lesão por pressão visibiliza um descuido da enfermagem. Logo, como tais medidas são consideradas como de responsabilidade da enfermagem, quando a lesão por pressão está presente remete à culpa dessa categoria profissional, sendo adjetivada como um “mal” que traz sentimentos de fracasso e frustração à equipe. Por outro lado, quando a pele do paciente está íntegra e não há lesão por pressão, considera-se que não há problema que demande ações a serem realizadas para a sua resolução. Nesse sentido, a representação é construída a partir da ideia de invisibilidade dos resultados da prevenção. Essas construções simbólicas mobilizam afetos positivos e negativos que orientam as atitudes e práticas da equipe de enfermagem, com maior ou menor valoração e comprometimento

com a aplicação das medidas preventivas no cotidiano assistencial. Discussão: As evidências existentes sobre as medidas preventivas à lesão por pressão indicam que, em geral, há um déficit de conhecimento dos profissionais de enfermagem acerca da prevenção<sup>4-5</sup>; existem barreiras ao cuidado preventivo, tais como: níveis insuficientes de pessoal/pessoal inadequado, falta/inadequação de instalações, materiais e equipamentos de alívio da pressão, carga de trabalho elevada, treinamento inadequado, insatisfação com a liderança de enfermagem; a atitude dos profissionais em relação à prevenção varia entre negativa e positiva<sup>6-8</sup>. Os estudos indicam ainda existir: menor índice de boas práticas de prevenção; falta de padronização/lacunas assistenciais dessas práticas; baixa adesão aos cuidados preventivos pela enfermagem<sup>9-10</sup>. Ao comparar essas evidências da literatura com os resultados da pesquisa em tela, constata-se que, para além dos fatores educacionais e estruturais que influenciam na adesão dos profissionais às medidas preventivas, é preciso pensar nas subjetividades dos profissionais de enfermagem, isto é, nas crenças construídas sobre a prevenção da lesão por pressão, a qual define a atitude e, por conseguinte, os comportamentos diante dela. Nesse sentido, os programas educacionais devem trabalhar além do conhecimento sobre a prevenção, as crenças simbólicas, os afetos, as imagens que integram os sentidos construídos pelos profissionais e que implicam nas práticas sobre a prevenção e seus resultados. **Conclusão:** As representações sociais trazem, na dependência dos elementos que são ativados a partir de fatores psicossociais envolvidos, implicações à segurança do paciente, com maior ou menor risco do paciente desenvolver a lesão por pressão enquanto evento adverso. Diante disso, ao trazer à tona a compreensão psicossocial desse fenômeno é possível planejar intervenções voltadas a prevenir a lesão por pressão a partir da reorganização dos elementos que estruturam sentidos e práticas dos profissionais de enfermagem no cenário estudado. Tais intervenções devem envolver o nível individual, grupal e institucional.

## Modalidade Experiências Exitosas

### 1º lugar - Prêmio Walter Mendes

#### 26307 - MASCOTES DE SEGURANÇA DO PACIENTE COMO ESTRATÉGIA LÚDICA INOVADORA PARA ENGAJAMENTO DE PACIENTES E FAMILIARES

PRISCILA COELHO AMARAL - HOSPITAL DA CRIANÇA CONCEIÇÃO - GHC/RS, BRUNA BIONDANI WORTMANN - HOSPITAL DA CRIANÇA CONCEIÇÃO - GHC/RS, FERNANDA DE AVILA CARVALHO NEVES - HOSPITAL DA CRIANÇA CONCEIÇÃO - GHC/RS, SÉRGIO DÓRIO DE CARVALHO - HOSPITAL DA CRIANÇA CONCEIÇÃO - GHC/RS, STEPHANIE GREINER - HOSPITAL DA CRIANÇA CONCEIÇÃO - GHC/RS, VICTÓRIA TIYOKO MORAES SAKAMOTO - HOSPITAL DA CRIANÇA CONCEIÇÃO - GHC/RS

**Introdução:** A qualidade do cuidado em saúde está organizada em dimensões que visam qualificar o processo assistencial, independente do nível de atenção. Dentre as dimensões, destacam-se a segurança e o cuidado centrado no paciente. No cenário brasileiro, a segurança do paciente obteve maior visibilidade após o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)<sup>1-2</sup>. Contudo, na pediatria, muitas abordagens foram inspiradas em estratégias previamente existentes e direcionadas ao público adulto. Alguns desafios adicionais relacionados à assistência à saúde e às metas internacionais de segurança foram percebidos na pediatria<sup>3</sup>. Portanto, visando alcançar os objetivos específicos propostos no PNSP, uma equipe de um hospital público pediátrico evidenciou a necessidade de qualificar e promover um cuidado seguro, a partir de uma estratégia lúdica inovadora direcionada não apenas ao engajamento de pacientes e seus familiares, mas também das equipes assistenciais, que serão sensibilizadas e motivadas a promover um cuidado seguro.

**Objetivo:** Relatar a experiência da gestão de risco assistencial referente ao desenvolvimento das mascotes de segurança do paciente como uma estratégia inovadora para o engajamento da equipe assistencial, familiares e pacientes pediátricos hospitalizados em um hospital geral pediátrico do sul do país, referência por prestar atendimento exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

**Descrição da execução:** A experiência foi vivenciada inicialmente pela equipe da gestão de risco assistencial composta por uma enfermeira, uma farmacêutica, uma médica e duas acadêmicas - sendo uma de enfermagem e outra de farmácia. O local de atuação foi um hospital geral pediátrico do sul do país, com 204 leitos destinados ao atendimento clínico e cirúrgico de crianças de 0 a 14 anos incompletos, considerado referência por prestar atendimento exclusivamente pelo SUS. Após a idealização, o psicopedagogo da instituição teve papel fundamental nesse projeto, visto que possui a expertise relacionada aos processos de aprendizagem da criança e o arcabouço psicopedagógico necessário para a robustez da experiência. Em alusão ao dia mundial de prevenção de lesão por pressão, no ano de 2020, a gestão de risco assistencial desenvolveu um material educativo direcionado às equipes assistenciais contendo desenhos de tomates que informavam as medidas preventivas de lesão por pressão no ambiente hospitalar. Após a primeira intervenção, o psicopedagogo ilustrou a primeira mascote de segurança do paciente: o Tom. A fim de estabelecer uma comunicação com os pacientes, a mascote ganhou uma breve história, didática e de fácil compreensão, contendo orientações importantes sobre a prevenção de lesões por pressão. E, assim, foram idealizadas e desenvolvidas mascotes e histórias para as demais metas internacionais de segurança do paciente. O objetivo das histórias é atuar na prevenção de incidentes e eventos adversos no ambiente hospitalar. Ressalta-se que todas as histórias contam com a participação da Dona Joana, mascote da instituição, no papel de enfermeira. Para a validação inicial das mascotes, realizou-se primeiramente um projeto piloto, baseado em uma apresentação teatral como estratégia educacional direcionada aos pacientes hospitalizados e seus respectivos familiares. A

data escolhida para a intervenção foi em outubro de 2021, em alusão ao dia das crianças. O enredo narrava a história da Dona Ana, uma banana que teve sua filha, a Ban'Aninha, hospitalizada. Durante a hospitalização, a personagem recebeu todas as orientações dadas pela enfermeira Joana, para que a sua filha não sofresse nenhuma queda ou quase queda no ambiente hospitalar. Para a apresentação, foram confeccionados fantoches de vara, que representavam as personagens da história. As atividades com fantoches propiciam que a criança viaje ao mundo da imaginação e do faz-de-conta, auxiliando no processo de aprendizagem e colaborando para o desenvolvimento da criança a partir das expressões. A peça teatral foi subdividida em três momentos distintos: planejamento, execução e avaliação. O planejamento foi baseado na escolha do tema prevenção de quedas no ambiente hospitalar, com a definição das personagens participantes, escolha dos materiais utilizados e a definição da unidade em que a peça seria apresentada. O cenário foi desenvolvido com materiais hospitalares como berço para a base do palco e lençol como cortinas, por exemplo. Na fase de execução, foram realizados ensaios prévios às apresentações na enfermaria. A avaliação ocorreu de maneira subjetiva, a partir da observação do engajamento e da participação dos pacientes e seus familiares durante a atividade, que apresentaram mudança de comportamento logo após a apresentação como, por exemplo, familiares que começaram a verificar se as rodas das camas estavam travadas, elevar as grades das camas que estavam abaixadas, além da animação das respostas das crianças durante e após o término da apresentação.

**Análise crítica dos resultados:** Evidencia-se a carência de instrumentos lúdicos direcionados à temática de segurança do paciente pediátrico, percebida muitas vezes pela importação de conteúdos e ferramentas destinadas ao público adulto. Portanto, a experiência proporcionou a elaboração de uma nova identidade visual para as metas internacionais de segurança, inserindo as mascotes como uma estratégia para promoção do letramento em saúde para um cuidado integral e seguro. A história foi compartilhada com outras instituições pediátricas e obteve boa aceitação. Com o feedback positivo, a equipe desenvolveu mascotes e histórias para as demais metas de segurança, compilando-as em um livro que apresenta desde a introdução sobre o tema segurança do paciente e o cuidado pediátrico integral até a fundamentação teórica sobre o processo de aprendizado da criança e o desenvolvimento das mascotes. Atualmente, algumas das mascotes e suas respectivas histórias estão em processo de validação de conteúdo na pós-graduação, com o intuito de conferir rigor metodológico na estratégia de promoção da segurança do paciente pediátrico.

**Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** As mascotes de segurança como um recurso lúdico possibilitaram a coparticipação do paciente e seu familiar no processo de saúde, tirando-os da submissão passiva e tornando a aprendizagem aberta à experiência do paciente. Além disso, contribuíram para a promoção da qualidade do cuidado e segurança do paciente, configurando-se como uma valiosa estratégia para tornar essa experiência menos traumática e mais segura. Embora seja um projeto de inovação recente, destaca-se a sua natureza inovadora no âmbito do SUS e sua fácil aplicabilidade prática e reprodutibilidade em diversos cenários e realidades assistenciais.



**2º lugar - Diploma de Honra ao Mérito****26124 - TRANSFORMAÇÃO DIGITAL: INTEGRAÇÃO 100% DO SISTEMA RADIOLOGIA COM PRONTUÁRIO ELETRÔNICO EM UM HOSPITAL DE REABILITAÇÃO**

RAFAELA ALVES DE CASTRO - CENTRO ESTADUAL DE REABILITAÇÃO E READAPTAÇÃO DR. HENRIQUE SANTILLO – CRER, DANILLO FLORINDO DE FARIA - CENTRO ESTADUAL DE REABILITAÇÃO E READAPTAÇÃO DR. HENRIQUE SANTILLO – CRER, ALLAN DA SILVA BRAGA - CENTRO ESTADUAL DE REABILITAÇÃO E READAPTAÇÃO DR. HENRIQUE SANTILLO – CRER, HÉLVIA FERNANDES DE ASSIS - CENTRO ESTADUAL DE REABILITAÇÃO E READAPTAÇÃO DR. HENRIQUE SANTILLO – CRER, ANA FLÁVIA DE OLIVEIRA SILVA - CENTRO ESTADUAL DE REABILITAÇÃO E READAPTAÇÃO DR. HENRIQUE SANTILLO – CRER, VÁLNEY LUIZ DA ROCHA - CENTRO ESTADUAL DE REABILITAÇÃO E READAPTAÇÃO DR. HENRIQUE SANTILLO – CRER (GO)

**Introdução:** Os sistemas de informação utilizados no gerenciamento de imagens surgiram nos anos 80. Com a expansão dos processos de distribuição de informação no formato digital, observou-se a necessidade da criação de um padrão para transferência dos dados, imagens e informações associadas a esse formato. Diante disso, instituições especializadas na temática criaram o padrão DICOM (Digital Imaging and Communication in Medicine), que permite a comunicação entre diversos sistemas e equipamentos médicos de forma padronizada. A implantação de processos digitais como a integração do sistema de informação em radiologia (RIS–Radiology Information Systems) com o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), na área hospitalar, tendem a reduzir custos, agilizar processos, aumentar o desempenho das equipes, e acima de tudo, promover o aumento na segurança do paciente mitigando os erros. Nesse sentido, o hospital de reabilitação se propôs a ofertar um atendimento mais rápido e eficiente, com diagnósticos e tratamentos mais precisos. **Objetivo:** Integrar totalmente o sistema RIS com o PEP. **Descrição da execução:** Primeiramente, em fevereiro de 2022, utilizando a ferramenta mapa de fluxo de valor realizou-se um diagnóstico situacional no setor da Radiologia, com o intuito de compreender a porcentagem de integração dos exames radiológicos com o PEP, que foi de 88,89%. Com base nisso, entre março e abril de 2022, foi realizada uma ação para transformar os exames que não eram nativos para o formato DICOM e possibilitar sua integração diretamente com o PEP, alcançando 100% de integração, eliminando por completo a utilização do papel e possibilitando o acesso em tempo real a toda equipe assistencial. **Análise crítica dos resultados:** Com a integração total dos sistemas, garantimos a adequação quanto a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) e aos pilares da segurança da informação: confidencialidade, integridade, disponibilidade, autenticidade e irretratabilidade. Além disso, reduzimos as etapas do processo e o tempo entre a realização do exame e a entrega do laudo final. Esse ganho reflete na satisfação do nosso usuário, que tem acesso ao resultado do exame de forma mais ágil, e na satisfação do profissional, que conta com a automatização do processo. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** A melhoria reflete ainda na mitigação dos riscos que permeiam o processo, contribuindo para uma assistência mais segura e de qualidade para o paciente.

## 3º lugar – Diploma de Honra ao Mérito

**26064 - UTILIZAÇÃO DE VÍDEO INSTRUTIVO COMO ESTRATÉGIA DE ENFRENTAMENTO A COVID-19 NO PREPARO DO CORPO**

JÉSSICA FERREIRA SOARES - UERJ, VANESSA GALDINO DE PAULA - UERJ, HELENA FERRAZ GOMES - UERJ, PATRÍCIA BRITTO RIBEIRO DE JESUS - UERJ, JANEIDE DE MORAES CALDAS ANDRADE - UERJ, HELENA MARIA SCHERLOWKI LEAL DAVID - UERJ

**Introdução:** Em decorrência do contexto pandêmico ocasionado pelo Sars-Cov-2 emergiu a necessidade de repensar a educação e capacitação por meio da utilização de tecnologias remotas como estratégia pedagógica no treinamento dos profissionais e estudantes da área de saúde<sup>1</sup>. Até o mês de março de 2022 ocorreram 508.827.830 casos confirmados da Covid-19, incluindo 6.227.291 mortes<sup>2</sup>. Neste contexto, era preocupante a exposição dos profissionais que atuavam na linha de frente no preparo dos corpos de pacientes com suspeita ou confirmados com a Covid-19, pois esse procedimento demandava cuidados específicos, podendo ocorrer transmissão da doença. Desta forma, mediante as recomendações sanitárias, tornou-se necessário a disponibilização de treinamentos online, sendo o uso de vídeos uma estratégia acessível e adequada diante do cenário vivenciado. Tais tecnologias baseadas em evidências científicas, possibilitam a redução de erros e, conseqüentemente, menor risco de exposição dos profissionais e pacientes<sup>3</sup>. Diante desse cenário de crise sanitária, foram utilizadas diversas estratégias tecnológicas e pedagógicas. No compute dessas ações destacam-se os vídeos didáticos instrucionais, gravados no laboratório de simulação realística da Faculdade de Enfermagem de uma Universidade pública no estado do Rio de Janeiro.

**Objetivo:** Apresentar a experiência de elaboração de vídeo didático-instrucional sobre preparo do corpo pós morte em pacientes suspeitos ou confirmados com a Covid-19 para treinamento de profissionais e estudantes da área da saúde. **Descrição da execução:** Foram elaborados o total de 13 vídeos didáticos instrucionais com uso de simulação realística. O vídeo de preparo do corpo pós morte em pacientes suspeitos ou confirmados com a Covid-19 foi gravado em maio de 2020 pela equipe de coordenadoras e bolsista do laboratório de simulação realística de uma Universidade pública no Estado do Rio de Janeiro em parceria com o Telessaúde, seguindo as seguintes etapas: diagnóstico situacional; elaboração da proposta da atividade; definição dos procedimentos a serem abordados, determinados através das necessidades levantadas pelos serviços de enfermagem da policlínica e do hospital da referida instituição; consulta aos materiais de referências mais recentes disponíveis; construção dos roteiros; montagem dos cenários; gravação e edição dos vídeos; divulgação e avaliação do material. O local da gravação foi o laboratório de simulação realística, sendo utilizado o simulador de alta fidelidade, garantindo a segurança dos profissionais envolvidos, em um cenário controlado, próximo ao real. **Análise crítica dos resultados:** O vídeo intitulado “Cuidados pós morte do paciente com a Covid- 19”, disponibilizado no canal do YouTube do Telessaúde, obteve significativo alcance com 2.854.442 visualizações, após dois anos de divulgação, obtendo 28 mil marcações “Gostei”. Ressalta-se que no campo de busca do site Youtube, ao digitar o termo “preparo do corpo covid”, o referido vídeo é destacado como o mais acessado e visualizado dentro dessa temática. A transmissão da Covid- 19 pelo manejo de corpos de maneira inadequada e sem as devidas medidas de prevenção e proteção é preocupante<sup>4</sup>. O preparo do corpo pode contribuir para o aumento da exposição a aerossóis e, conseqüentemente, maior adoecimento dos profissionais. Portanto, é de suma importância a adoção de estratégias que garantam a integridade dos profissionais de saúde durante a realização de suas atividades assistenciais, incluindo o cuidado com o corpo após a morte<sup>3</sup>. A produção de vídeo como material didático instrucional, com a utilização de cenários de simulação realística, mostrou-se oportuno como facilitador do acesso a

atualização de inúmeros profissionais<sup>5</sup>. Ademais, pesquisa aponta que os profissionais de saúde apresentaram medo em executarem suas atividades laborais por terem que lidar com o risco de uma doença nova, de se contaminar e transmitir o vírus para sua família, bem como disseminar a infecção para os pacientes internados<sup>6</sup>. Tais situações podem justificar o número expressivo de acesso ao material disponibilizado. Além disso, o preparo do corpo em pacientes suspeitos e confirmados, passou a seguir recomendações irrestritas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária com orientações pautadas na prevenção da transmissão e na proteção profissional<sup>4</sup>. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** O vídeo amplamente divulgado permitiu a atualização profissional a distância, fornecendo subsídios científicos de como proceder diante do manejo do corpo pós morte, com vistas ao cuidado seguro. Portanto, acredita-se que os objetivos foram alcançados, contribuindo, sobremaneira, para uma prática assistencial segura e de qualidade. Destaca-se, ainda, que o uso da tecnologia e os meios de comunicação como instrumentos de aprendizagem e capacitação são eficazes e permitem amplo alcance, permitindo a socialização do conhecimento a muitos profissionais. Entretanto, dentre as limitações do estudo destaca-se a impossibilidade de avaliação qualitativa do material pelos profissionais que acessaram o vídeo. Esse relato de experiência faz parte de um projeto de amplo escopo intitulado: “Simulação de baixa, média e alta fidelidades: avaliando satisfação, segurança e destreza no ensino-aprendizagem de enfermagem”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob parecer nº 5.139.463.

## APRESENTAÇÃO VIRTUAL

**Trilha 1 – Acreditação, Cultura e Liderança: eliminação de danos graves evitáveis e criação de sistemas de alta confiabilidade na assistência à saúde****26250 - AVALIAÇÃO DA QUALIDADE EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO FEDERAL DO NORDESTE BRASILEIRO: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

ANNELISSA ANDRADE VIRGÍNIO DE OLIVEIRA - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY (HULW) /UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA (UFPB), MÁRCIA VIRGÍNIA ANDRADE VIRGÍNIO DE OLIVEIRA - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY (HULW) /UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA (UFPB), LECIDAMIA CRISTINA LEITE DAMASCENA - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY (HULW) /UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA (UFPB), KARINNA DE ABREU LIMA - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY (HULW) /UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA (UFPB)

**Introdução:** Avaliar a qualidade de serviços de saúde é uma tarefa complexa. Em nosso âmbito de trabalho, um programa de Gestão da Qualidade foi criado com o objetivo de promover a gestão da qualidade no âmbito dos Hospitais Universitários Federais; consistindo em um sistema próprio de avaliação periódica, tendo como finalidade promover a cultura de melhoria contínua dos serviços prestados à população brasileira pelos hospitais da rede no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Objetivo:** Descrever a experiência de profissionais de saúde em uma avaliação da qualidade realizada no ano de 2021. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo, do tipo relato de experiência. **Resultados:** Foi formada uma comissão de avaliação interna da qualidade, com 16 membros, por meio de processo seletivo público. Foi realizada qualificação dos membros por meio de curso de formação (carga horária de 28 horas). Foram realizadas então reuniões de planejamento da avaliação. Os participantes foram divididos em oito duplas e se responsabilizaram por realizar a divulgação da avaliação e a visita de avaliação. A divulgação foi realizada por meio formal com a criação de um processo eletrônico público, bem como realizou-se contato com os responsáveis técnicos das áreas via telefone para agendamento das visitas in loco. A avaliação ocorreu entre dezembro de 2021 a fevereiro de 2022. A avaliação foi orientada por um manual de diretrizes e requisitos de qualidade e foi utilizado o método rastreador (tracer). Cada dupla avaliou um conjunto de processos por meio das visitas in loco com observação direta, entrevista com profissionais, consulta a documentos e prontuários. Os resultados foram registrados em uma planilha excel com modelo de avaliação estruturado, compondo um relatório de avaliação. Durante o processo de avaliação foram enfrentadas adversidades, com destaque para: dificuldade de agendamento das visitas, de acesso aos documentos necessários à comprovação da conformidade com os requisitos e dificuldade dos profissionais responsáveis das áreas avaliadas de aceitarem o resultado da avaliação feita pelos membros da comissão, sobretudo, quando a avaliação foi não conforme com os requisitos. **Conclusão:** As dificuldades enfrentadas no processo de avaliação refletem fragilidades na construção de uma cultura de qualidade e segurança na instituição sede da avaliação.

**26204 - ELEMENTOS DE UM PROGRAMA DE GESTÃO DA QUALIDADE IMPLEMENTADO EM REDE DE HOSPITAIS PÚBLICOS UNIVERSITÁRIOS**

MÁRCIA AMARAL DAL SASSO - EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES, GABRIELA DE OLIVEIRA SILVA - EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES, LEILI MARA MATEUS DA CUNHA - EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES, GLEICIANE SOUSA OLIVEIRA - EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (BRASÍLIA)

A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) instituiu, em dezembro de 2018, o Programa Ebserh de Gestão da Qualidade (PGQuali), aplicável aos 40 hospitais universitários federais (HUF) que compõem a Rede Ebserh, coordenado pelo Serviço de Gestão da Qualidade (SGQ) da sede. O PGQuali foi desenhado respeitando as particularidades da Ebserh, com foco na melhoria de ensino, pesquisa, inovação e assistência à saúde. Apresenta o objetivo geral de melhorar a qualidade dos serviços ofertados, assim como respeita os três componentes mínimos dos programas de gestão da qualidade. O primeiro é a estrutura identificável, representada pelo SGQ sede, pelo Setor de Gestão da Qualidade (STGQ) e pela Comissão de Avaliação Interna da Qualidade (AVAQualis), presentes em cada HUF. Essa comissão é composta por profissionais de diferentes áreas, que recebem capacitação específica para atuação. O segundo são as normas de funcionamento, caracterizadas pelo Manual de Diretrizes e Requisitos do Programa e Selo Ebserh de Qualidade, Norma de Elaboração e Controle de Documentos, Guia de Avaliação, portarias, procedimentos operacionais padrões e outros documentos que designam responsabilidades e propõem estratégias no âmbito do programa. No terceiro componente, estão as atividades para melhorar a qualidade, que correspondem, em síntese, ao planejamento e monitoramento da qualidade, e aos ciclos de melhoria. Estes acontecem com a AVAQualis, liderada pela Comissão AVAQualis do hospital, que avalia e prioriza as adequações de fluxos, processos e estruturas aos requisitos presentes no Manual de modo contínuo. As AVAQualis totais são realizadas, minimamente, uma vez ao ano. Após o resultado da AVAQualis, o STGQ trabalha o desenvolvimento de planos de ação para os requisitos não conformes, juntamente às unidades organizacionais envolvidas nos processos. A elaboração do Plano de Melhoria da Qualidade (PMQ) inclui oficinas com aplicação de matriz de priorização, alinhamento com a estratégia e participação da alta liderança para priorização de requisitos. Os ciclos de melhoria dos requisitos priorizados são acompanhados pelo SGQ. Todos os HUF Ebserh aderiram ao PGQuali e percebe-se que sua estrutura é baseada nos elementos dos programas de gestão da qualidade descritos em referenciais teóricos, organizados de forma a atender a principal rede de hospitais públicos universitários do Brasil.

## 26279 - NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ANESTÉSICOS: MELHORAR A SEGURANÇA DO PACIENTE E OTIMIZAR A EFICIÊNCIA

LARISSA DEZOTTI STEFANI - HOSPITAL FUNDAÇÃO CENTRO MÉDICO, ANA PAULO DE OLIVEIRA - HOSPITAL FUNDAÇÃO CENTRO MÉDICO, RICARDO FRANCISCO SIMONI - HOSPITAL FUNDAÇÃO CENTRO MÉDICO (CAMPINAS, SÃO PAULO)

**Introdução:** Os procedimentos cirúrgicos são considerados como os mais complexos e dispendiosos nos serviços prestados pelas Instituições de saúde. Estudos de revisão bibliográficas, mencionam que seja possível evitar metade dos eventos adversos (EA)perioperatórios, embora a mortalidade relacionada a anestesia seja baixa, a mortalidade cirúrgica é pelo menos 100 vezes mais. Desta forma, as equipes de anestesia devem contribuir a desempenhar um papel importante, não apenas da morbimortalidade associada a anestesia, mas também a cirúrgica. A inquietude em relação ao tema, surgiu com o entendimento de EA subnotificados, colocando em risco a segurança do paciente. **Objetivo:** Avaliar a eficácia das notificações de eventos anestésicos e otimizar a segurança do paciente durante o procedimento anestésico-cirúrgico. **Descrição da execução:** O trabalho foi realizado no Centro Cirúrgico do Hospital Fundação Centro Médico, em uma abordagem quantitativa. A avaliação das notificações e os dados foram coletados de agosto de 2021 até maio de 2022, mediante o sistema interno. Avaliamos para descrição dos resultados: os eventos anestésicos notificados e a taxa de via aérea difícil (VAD) avaliada na consulta pré-anestésica. **Análise crítica dos resultados:** Em julho de 2021, foi realizada uma força tarefa junto a equipe de anestesia, frente a importância das notificações de eventos anestésicos. Antes do treinamento, a média de notificações era de 9 eventos por mês. A partir de agosto de 2021, após o treinamento, o número dobrou. A maior prevalência de eventos anestésicos observada foi a VAD não detectada na avaliação pré-anestésica colocando em risco o paciente no intraoperatório, logo após a indução da anestesia. No ano de 2021, evidenciamos em agosto 23 notificações, setembro 20, outubro 14, novembro 5 e dezembro 10. Mediante a análise das prevalências, a equipe de anestesia realizou algumas ações: treinamento com a equipe de anestesista referente a avaliação da VAD na consulta pré-anestésica, elaboração de um protocolo de manejo da VAD, participação da equipe de anestesia no bate mapa e a aquisição de novas videolaringoscópios. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade no cuidado:** Após todas essas ações houve uma redução desses eventos anestésicos mais prevalentes (VAD não detectada), devido tratativas realizadas. No ano de 2022, em fevereiro foram 06 notificações de VAD não detectada, março 09, abril 10 e maio 06. Concomitante, durante esses meses houve um aumento de 15% na detecção de VAD na consulta pré-anestésica. Frente a experiência, avaliamos ser um trabalho diário o incentivo junto a equipe de anestesistas a abertura de notificação (não somente relacionado a VAD não detectada), porém conseguimos evidenciar a melhoria na qualidade da assistência prestada, trabalhando de forma preventiva.

**26376 - O PAPEL AGEVISA/PB NOS RESULTADOS DAS AVALIAÇÕES DAS PRÁTICAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE**

VÍVIAN DE OLIVEIRA LOPES - AGENCIA ESTADUAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA DA PARAÍBA (AGEVISA PB), GERALDO MOREIRA DE MENEZES - AGENCIA ESTADUAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA DA PARAÍBA (AGEVISA PB), ADRIANA CARLA RODRIGUES MENDES - AGENCIA ESTADUAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA DA PARAÍBA (AGEVISA PB), MARICELI BARBOSA DE SOUZA - AGENCIA ESTADUAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA DA PARAÍBA (AGEVISA PB), MARIA DANTAS DE OLIVEIRA PEREIRA - AGENCIA ESTADUAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA DA PARAÍBA (AGEVISA PB), OSVALDO JOSÉ GUERRA GUIMARÃES - AGENCIA ESTADUAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA DA PARAÍBA (AGEVISA PB)

A lei 8080/90, traz o conceito de vigilância sanitária como um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, estando entre sua área de abrangência, o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde. Nessa perspectiva de controle da prestação dos serviços de saúde, no Brasil, a Segurança do Paciente está devidamente regulamentada através da Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária de número 36 de 2013, que objetiva instituir ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde, dentre estas ações, desde 2016 é realizada anualmente pela Anvisa a Avaliação Nacional das Práticas de Segurança do Paciente destinada aos serviços de saúde com leitos de Unidade de Terapia Intensiva, que os classifica em baixa, média ou alta adesão às práticas de segurança do paciente. O objetivo deste artigo é apresentar a experiência do Núcleo de Segurança do Paciente da Agência Estadual de Vigilância Sanitária da Paraíba nos anos 2020 e 2021 em relação ao estímulo e suporte técnico dado aos serviços elegíveis a esta avaliação. Como resultados, observamos o crescimento na participação dos serviços de saúde na avaliação, saindo de 92% de participação no resultado divulgado pela Anvisa em 2018 e conseguindo superar a meta nacional de 90% e chegar a 100% de participação nos resultados divulgados nos anos 2020 e 2021, ganhando destaque em nível nacional dentre os poucos serviços que conseguiram alcançar essa métrica. Diante dos resultados apresentados pelos serviços participantes, é possível um melhor diagnóstico situacional e tomada de decisão nas ações de melhoria da qualidade da assistência a saúde. Espera-se que este artigo desperte interesse as vigilâncias sanitárias estaduais a utilizar os resultados das avaliações das práticas de Segurança do Paciente dos serviços de saúde a auxiliar no planejamento de suas ações de controle de prestação dos serviços de saúde e melhoria da qualidade.



## 26024 - OCORRÊNCIA E EVITABILIDADE DE EVENTOS ADVERSOS EM PACIENTES INTERNADOS EM HOSPITAIS BRASILEIROS: ESTUDO RETROSPECTIVO

ANTÔNIO JOSÉ DE LIMA JÚNIOR - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE UBERLÂNDIA, ARIANE CRISTINA BARBOZA ZANETTI - ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE SÃO PAULO, BRUNA MORENO DIAS - ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE SÃO PAULO, ANDREA BERNARDES - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE SÃO PAULO, FRANCIELLY MARQUES GASTALDI - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE UBERLÂNDIA, CARMEN SILVIA GABRIEL - ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE SÃO PAULO

**Introdução:** Apesar de todos os investimentos e esforços dos últimos 30 anos, os sistemas de saúde modernos têm problemas de baixo desempenho. O atendimento ofertado de acordo com as diretrizes baseadas em evidências ou consenso gira em torno de 60%; no entanto, aproximadamente 30% dos cuidados são desnecessários ou de baixa efetividade, para os quais despesas consideráveis não podem ser justificadas. E muitos estudos documentaram que eventos adversos (EA) acontecem em pelo menos 10% dos pacientes em todo o mundo. **Objetivo:** Analisar a incidência de eventos adversos evitáveis relacionados ao cuidado em saúde em pacientes adultos internados em hospitais públicos brasileiros. **Método:** Estudo observacional, analítico, de corte retrospectivo, baseado na revisão de prontuários. O estudo foi realizado em duas fases, de rastreamento e avaliação, por meio da utilização da versão informatizada do protocolo desenvolvido pelos pesquisadores responsáveis pelo Estudo Iberoamericano de Eventos Adversos (IBEAS), que teve como precursor o método de Harvard, organizado pelo Harvard Medical Practice Study (HMPS) e pelo Canadian Adverse Event Study (CAES), adaptado e validado à realidade dos hospitais brasileiros. Número do Parecer CEP USP: 2.289.200, e CEP UFU: 2.455.003. **Resultados:** Avaliados prontuários de 370 pacientes, dos quais 58 sofreram pelo menos um evento adverso. A incidência de evento adverso correspondeu a 15,7%. Os eventos adversos foram relacionados a: infecção relacionada à assistência à saúde (47,1%) e procedimentos (24,5%), predominantemente. No que tange à gravidade dos eventos adversos, averiguou-se que 13,7% foram considerados leves, 51,0% moderados e 35,3% graves. 99% dos eventos adversos foram classificados como evitáveis. Pacientes internados em caráter de urgência apresentaram risco 3,73 vezes maior para a ocorrência de um evento adverso. Além disso os resultados deste estudo destacam a diferença das taxas de incidência entre os hospitais, na qual foi identificado maior risco de ocorrência de EA em um hospital do que outro. **Conclusões:** Os resultados deste estudo apontam elevada incidência de eventos adversos evitáveis, e contribuem para evidenciar a necessidade de intervenções na prática assistencial.

**26117 - PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA POR MEIO DO A3 PARA PREVENÇÃO DE ASPIRAÇÃO BRONCOPULMONAR**

ÉRICA FERREIRA SANTOS GASTALDI - HOSPITAL DE CLÍNICAS - UNICAMP, MARCELO GUSTAVO PEREIRA - HOSPITAL DE CLÍNICAS - UNICAMP, LUCIANA CASTILHO DE FIGUEIREDO - HOSPITAL DE CLÍNICAS - UNICAMP, GILMARA CRISTIANE FERREIRA - HOSPITAL DE CLÍNICAS - UNICAMP, FABRÍCIO FERREIRA DOS SANTOS - HOSPITAL DE CLÍNICAS - UNICAMP, PAULO SÉRGIO DE ARRUDA IGNÁCIO - DOCENTE DA FACULDADE DE CIÊNCIAS APLICADAS - FCA / UNICAMP

O evento adverso (EA) aspiração broncopulmonar (ABP) em ambiente hospitalar pode agravar a clínica do paciente, aumentar a demanda de atendimento da equipe, prolongar o tempo de internação e, conseqüentemente, aumentar os custos hospitalares e o risco de evolução para óbito. O objetivo do projeto foi implementar e implantar, em uma enfermaria de adultos, um sistema de gerenciamento de risco, bem como, adequar os indicadores, junto aos que são solicitados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Por meio de um relatório A3 para implantação de melhorias, vinculado ao escritório de projetos da instituição, as etapas de contextualização do problema, objetivos e metas SMART, mensuração, mapeamento e análise da situação atual, proposta de situação futura e elaboração do plano de ação foram definidas e executadas no período de agosto de 2021 a maio de 2022. A unidade piloto escolhida para implantação do projeto foi a enfermaria de emergência clínica e as intervenções foram executadas por profissionais das equipes da saúde. Como ferramentas para construção do relatório A3 foram utilizados o mapeamento de fluxo de valor, indicadores da situação atual, análise de causa raiz, matriz de esforço e impacto para definição do plano de ação, contemplando, a capacitação multiprofissional quanto à identificação de risco, gerenciamento e prevenção de ABP, criação de formulários para cálculo dos indicadores da ANVISA e desfechos clínicos dos pacientes com ABP. Foram realizadas 2940 observações no período de novembro de 2021 a abril de 2022. Os fatores de risco com maior prevalência foram referentes a idade maior que 60 anos (22%), uso de sonda nasoenteral (15,3%) e presença de vômitos e distensão abdominal (11,9%). Em relação aos desfechos, 24 pacientes apresentaram ABP, 12 pacientes evoluíram para óbito e 11 receberam alta hospitalar. Os indicadores de taxa de risco e evento de ABP puderam ser monitorados e preencheram os critérios da ANVISA. Apesar da boa adesão dos profissionais envolvidos no processo, pode ser que tenha ocorrido subnotificação do EA. A partir da implantação do processo de melhoria na unidade piloto, possibilidade de envio dos dados dos indicadores para ANVISA e apoio institucional da alta gestão, foi possível a criação de um time de prevenção de ABP junto ao núcleo de segurança do paciente da instituição.

**Trilha 2 – Estratégias inovadoras para a qualidade do cuidado e segurança do paciente****26112 - DESHOSPITALIZA - PLANO DE GESTÃO PARA ALTA RESPONSÁVEL DE PACIENTES IDOSOS COM DOENÇAS CRÔNICAS**

LEONOR MARIA DA SILVA GOMES - SUPERINTENDÊNCIA ESTADUAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE NO RIO DE JANEIRO, ADELIA QUADROS FARIAS GOMES - SUPERINTENDÊNCIA ESTADUAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE NO RIO DE JANEIRO, LUCIANA GUALBERTO PINHO - SUPERINTENDÊNCIA ESTADUAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE NO RIO DE JANEIRO, DANIELLE GALDINO DE PAULA - UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, TAÍS VERÔNICA CARDOSO VERNAGLIA - UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

**Introdução:** No Brasil o segmento populacional que mais aumenta é o de idosos, com taxas de crescimento acima de 4% ao ano no período de 2012 a 2022. As consequências desse crescimento são o aumento das demandas assistenciais, previdenciárias, econômica, familiares e de saúde para atender esse segmento. Além disso, os sistemas de atenção à saúde são fragmentados, atuam de forma isolada, sem uma comunicação entre os pontos de cuidado, ou seja, a Atenção Primária à Saúde (APS) não se comunica fluidamente com a atenção secundária à saúde e esses também não se comunicam com a atenção terciária, nem com os sistemas de apoio. Nesse contexto, e pensando na contribuição para a melhoria da assistência prestada ao paciente idoso portador de doença crônica, na segurança do paciente nos processos de transição do cuidado, emergiu a proposta de elaboração de um plano de gestão para alta responsável para atender o paciente idoso de forma integral e integrada durante a internação e alta hospitalar, com vistas a continuidade do cuidado pela APS. **Objetivo:** Identificar as categorias fundamentais que devem compor o plano de gestão para alta responsável e validar as categorias e orientações a serem apresentados no DesHospitaliza-Plano de Gestão para Alta Responsável. **Método:** Estudo descritivo exploratório com abordagem quali-quantitativo, com uso da técnica de grupo focal e método Delphi para validação do plano de alta. **Resultados:** A partir dos resultados obtidos com o grupo focal foram identificadas as seguintes categorias: acolhimento e porta de entrada; planejamento para alta responsável; atenção centrada na pessoa e educação em saúde e, posteriormente, obteve a validação das mesmas (IVC=0,97 e coeficiente de kappa=0,87), bem como das orientações presentes no plano de gestão para alta responsável de pacientes idoso com doenças crônicas. **Discussão:** A produção técnica da pesquisa se propõem a operar no processo de trabalho em saúde, pensando num cuidado integral, considerando o conjunto de necessidades e riscos do usuário, com articulação pactuada entre profissionais de diferentes setores do hospital ou pontos de atenção à saúde. **Conclusão:** Acredita-se que contribuirá com a melhoria do cuidado prestado ao paciente e na comunicação efetiva entre a Rede de Atenção à Saúde de forma a mitigar possíveis eventos adversos que possam ocorrer nos momentos de transição do cuidado.

**26084 - ELABORAÇÃO DE TABELA CONTENDO MEDICAMENTOS A SEREM CONTINUADOS E DESCONTINUADOS DURANTE O PERÍODO PERIOPERATÓRIO**

LISANDRA FRANCILINO FERNANDES - UFPB-HULW, BEATRIZ BARROS MARTINS - UFPB-HULW, MAXSYARA FELISMINO DA SILVA SOARES - UFPB-HULW, MABEL MENDES CAVALCANTI - UFPB-HULW, FLÁVIA PESSOA DE BELMONT FONSECA CARDOSO - UFPB-HULW

A conciliação medicamentosa é um processo no qual o farmacêutico avalia os medicamentos de uso contínuo do paciente e os compara com os medicamentos prescritos nas etapas de assistência, afim de garantir o fornecimento correto dos mesmos em todos os pontos do cuidado. Comumente, medicamentos de uso domiciliar precisam ser suspensos temporariamente quando o paciente necessita se submeter a determinado procedimento cirúrgico. Nesse contexto, os farmacêuticos clínicos, durante o processo de conciliação, perceberam a necessidade de se obter informações a respeito da continuação ou descontinuação do tratamento crônico do paciente durante o período perioperatório (intervalo de tempo que envolve o ato cirúrgico, desde a preparação prévia até a recuperação e alta). Cabe destacar que a inobservância desse aspecto pode tanto comprometer o tratamento farmacoterapêutico, quanto precipitar eventos indesejáveis ao paciente durante a cirurgia. Sendo assim, diante da necessidade desses profissionais em acessar facilmente informações sobre medicamentos que podem ou não ter seu uso interrompido no período supracitado, o presente trabalho objetivou construir uma tabela contendo as principais classes de medicamentos, para apoiar a decisão clínica em relação a continuação ou descontinuação do tratamento farmacoterapêutico de uso contínuo. Trata-se de um instrumento desenvolvido para ser utilizado pelos farmacêuticos clínicos e residentes em Farmácia que atuam na Clínica Cirúrgica de um Hospital Universitário. Os medicamentos foram dispostos na tabela segundo o sistema no qual eles atuam, a classe terapêutica a qual pertencem, bem como a informação justificada a respeito da continuação/descontinuação do tratamento. Todas essas informações foram retiradas da base de informações médicas baseada em evidências, UpToDate®. Diante disso, a construção desse instrumento foi essencial para garantir a segurança no que diz respeito a administração de medicamentos durante o período perioperatório, contribuindo de forma efetiva na redução de erros de medicação e de danos ao paciente. Ademais, aos farmacêuticos foi possível atuar de maneira mais eficiente, promovendo uma maior segurança no cuidado aos pacientes.

## 26109 - IMPLANTAÇÃO DE FORMULÁRIO ELETRÔNICO DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19 PARA NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS

JOSÉ DIÓGENES MARQUES RIBEIRO FILHO - HOSPITAL DE MESSEJANA DR CARLOS ALBERTO STUDART GOMES, BRUNA MOREIRA BARROS - HOSPITAL DE MESSEJANA DR CARLOS ALBERTO STUDART GOMES, MARIA CELINA SARAIVA MARTINS - HOSPITAL DE MESSEJANA DR CARLOS ALBERTO STUDART GOMES, ANTONIA KAROLINE ARAUJO OLIVEIRA - HOSPITAL DE MESSEJANA DR CARLOS ALBERTO STUDART GOMES, JOSENIRA MARIA CLAUDIO DE LIMA - HOSPITAL DE MESSEJANA DR CARLOS ALBERTO STUDART GOMES, TAYNAN DA COSTA ALVES - HOSPITAL DE MESSEJANA DR CARLOS ALBERTO STUDART GOMES (FORTALEZA, CEARÁ)

**Introdução:** A notificação de incidentes relacionados à assistência à saúde é uma importante atribuição do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), devendo ser facilitada e incentivada de modo a contribuir para o cuidado seguro, livre de danos. Durante a pandemia de Covid-19, houve a necessidade de fortalecer a cultura de segurança institucional, a partir do envolvimento dos profissionais, gestores e pacientes no processo de identificação, notificação e resolução dos problemas relacionados à segurança. **Objetivo:** Descrever o processo de implantação de um formulário eletrônico de notificação de incidentes relacionados à assistência à saúde durante a pandemia de Covid-19. **Descrição da execução:** Estudo descritivo, com abordagem qualitativa, onde o cenário foi um hospital público de ensino, de nível terciário, com 463 leitos, com referência em cardiologia e pneumologia. O processo de implantação foi iniciado em setembro de 2020, conduzido pela equipe multidisciplinar do NSP. Foi elaborado um formulário eletrônico, sem custos financeiros, através do google forms, com informações detalhadas sobre o incidente (setor de ocorrência, data, hora, paciente, prontuário, tipo de dano, descrição do evento), garantindo sigilo das informações. Houve a criação de um Qr Code e ampla divulgação através da plataforma institucional de internet, exposição de cartazes pelo hospital, além de eventos e treinamentos virtuais, com informações sobre como e o que notificar. **Análise crítica dos resultados:** observou-se um aumento de 128% das notificações quando comparado ao sistema manual; a média passou 26,7 para 61,1 notificações por mês. Os dados identificaram o enfermeiro como principal notificador (92%). Lesão por pressão, queda, problemas de comunicação estiveram entre os principais incidentes notificados, preservando o perfil de notificações no sistema anterior. A implantação da ferramenta eletrônica impactou positivamente no processo de notificação e investigação dos incidentes. **Lições aprendidas e contribuições a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** A notificação por meio eletrônico aumentou o engajamento dos colaboradores, por oferecer maior facilidade e por eliminando um meio físico de eventual transmissão da Covid-19 intra-hospitalar, contribuindo para ampliar a vigilância e monitoramento dos eventos adversos e fomentar a cultura de segurança na instituição.

**26102 - JOGOS DOS SETE RISCOS: POTENCIALIZANDO METAS SEGURAS NA SALA DE IMUNIZAÇÃO**

VANESSA DE ALMEIDA FERREIRA CORRÊA - UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, RENATA FLAVIA ABREU DA SILVA - UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

A discussão sobre a Segurança do Paciente (SP) na formação em saúde torna-se crucial para colaborar na mitigação dos danos associados à assistência à saúde e o reconhecimento dos riscos advindos destes processos (BRASIL, 2013), sendo necessária a sua discussão em todos os cenários da Rede de Atenção à Saúde. Ademais, pensar em uma estratégia de ensino, por meio de jogo interativo, pode potencializar o aprendizado do discente e alerta para a necessidade da inovação no processo ensino-aprendizagem. **Objetivos:** Descrever a construção da estratégia educativa “Jogo dos Sete Riscos” e sua aplicação para a identificação dos riscos em sala de imunização, associados às metas de SP. **Descrição da execução:** Elaborou-se, por meio do aplicativo Canva®, 01 cenário estático representativo da prática assistencial em sala de imunização com foco na identificação de riscos e posterior associação às metas de SP, tendo como premissa o jogo dos “Sete Erros”. A organização do cenário em forma de jogo ocorreu por meio Google Forms® guiada pela questão: Quais os riscos você identificou no cenário e a qual meta de SP você pode associar? Participaram 22 discentes e profissionais de saúde durante a VI Oficina de Segurança do Paciente na Atenção Primária em Saúde (APS) com a temática: "O Trabalho em Enfermagem na Campanha de Imunização: diálogos necessários no contexto de crise", desenvolvida no formato virtual, via plataforma Google Meet®, no mês de maio de 2021, pelas autoras do relato. O referido jogo foi enviado aos participantes por meio de link no chat do referido aplicativo. **Análise crítica dos resultados:** As seis metas relacionadas à SP foram identificadas, com maior frequência para as metas 2 e 3 e menor para as metas 4 e 6. Acredita-se que a nomenclatura das metas possa ter influenciado em sua identificação, assim como, a dos riscos associados. Durante a discussão do jogo, os participantes afirmaram que as situações apresentadas são comuns no cenário em apreço e acrescentaram o desejo de utilizá-lo em seu local de trabalho ou associado às ligas acadêmicas. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** O uso de uma estratégia de ensino inovadora contribuiu para a discussão da SP no cenário da APS. Atenta-se para a importância de validação das estratégias educativas antes do seu uso por meio de pesquisas científicas.

**26240 - NÃO SE APAVORE: ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL PARA PREVENÇÃO DE PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA**

LUCIANA APARECIDA COSTA CARVALHO - HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNICAMP, LÍGIA ROCETO RATTI, TIAGO CRISTIANO DE LIMA, ELIANE MOLINA PSALTKIDS, ÉRICA FERREIRA SANTOS GASTALDI

**Introdução:** Pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV) é uma das infecções relacionadas à assistência à saúde mais frequentes, resultando em custos ao sistema de saúde e aumento da mortalidade ao paciente. Para diminuição desta infecção, pode-se utilizar ferramentas que auxiliem no desenvolvimento de habilidades técnicas e pessoais dos profissionais responsáveis pelo cuidado, como o treinamento em serviço. **Objetivo:** Desenvolver treinamento multiprofissional para prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica. **Descrição da execução:** Realizado treinamento intitulado “Não se aPAVore: Semana de prevenção à PAV”, na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital de Clínicas da Unicamp, durante a última semana do mês maio. Encaminhando aos profissionais da unidade formulário prévio, objetivando identificação de seu conhecimento teórico sobre o tema. Durante o treinamento, foi desenvolvido cenário similar à realidade, com manequim em ventilação mecânica e sinalizações sobre a importância da cabeceira elevada e adequado posicionamento do circuito de ventilação. Desenvolvida gincana sobre casos reais que exemplificaram a importância dos itens do cenário, incluindo a medida de pressão do cuff., análise diária da possibilidade de extubação e nível de sedação. Após a gincana, apresentado aula sobre os itens citados e vídeo específico sobre higiene oral. Para avaliação do conteúdo e metodologia do treinamento, foi encaminhado formulário de pós-teste. **Análise crítica dos resultados:** Os profissionais demonstraram que existiam barreiras teóricas e técnicas sobre o tema. Participaram do treinamento 233 profissionais, sendo 39,2% técnicos de enfermagem, 21,1% enfermeiros, 20,6% fisioterapeutas, 10% residentes, 2,4% estagiários de enfermagem, 1,9% médicos e 2,9% outros. De acordo com o pós-teste, a iniciativa foi produtiva, sendo a higiene oral um dos temas mais questionados. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** Abordagem multiprofissional possibilitou participação de grande número de colaboradores em uma única semana de sensibilização sobre o tema. O conhecimento específico sobre a prevenção dessa importante infecção relacionada à assistência à saúde, possibilitou instrumentalização dos profissionais para manutenção de ações específicas sobre a prevenção da PAV, sua dimensão multiprofissional e melhor qualidade do cuidado.

**Trilha 3 – Experiência do paciente e dos usuários do sistema de saúde: efetiva compreensão sobre segurança do paciente e redesenho de processos seguros****26146 - A IMPORTÂNCIA DO ENGAJAMENTO DO PACIENTE COM ÚLCERA FALCÊMICA NA PREVENÇÃO DE LESÃO**

DAYSE CARVALHO DO NASCIMENTO - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, NORMA VALÉRIA DANTAS DE OLIVEIRA SOUZA - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, GISELE OLIVEIRA CAMILO - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, LUANA FERREIRA DE ALMEIDA - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, GRACIETE SARAIVA MARQUES - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

**Introdução:** Pacientes homens com úlceras falcêmicas (UF) têm autoestima baixa, isolamento social e crises de dor intensa que o impedem de ser visto e considerado culturalmente como provedor da família. **Objetivo:** Analisar as dificuldades e facilidades do homem com úlcera falcêmica para o seu manejo e elaborar uma cartilha educativa voltada para essa população. **Método:** pesquisa qualitativa, desenvolvida em ambulatório de curativos e clínica de estomaterapia, ambos vinculados ao complexo de saúde de uma universidade pública do município do Rio de Janeiro, entre agosto e novembro de 2019. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 20 homens que apresentavam úlcera falcêmica. O tratamento dos dados ocorreu por meio da análise dos aspectos sociodemográfico, profissional e da úlcera, advindos do programa Statistical Package for the Social Sciences e pela análise das informações decorrentes das perguntas abertas, com utilização do software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (IRAMUTEQ), adotando-se a Classificação Hierárquica Descendente, análise por meio da nuvem de palavras e da especificidade de grupo. Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa parecer nº 3.292.609. **Resultados:** Os dados revelaram que a tríade doença, UF e dor promove afastamento social, provocando repercussões na vida laboral, que podem traduzir-se em limitações psicofísicas, aposentadorias precoces e inserções em espaços de trabalho precarizados, além de uma representação estigmatizante na vida desses indivíduos. A execução deste estudo foi relevante, pois permitiu uma análise reflexiva sobre o cotidiano do homem com úlcera falcêmica e colaborou na produção de conhecimento sobre o tema favorecendo a qualidade da assistência e do ensino de profissionais da saúde. **Conclusão:** A participação do paciente e sua família tornou possível o autocuidado diante da dificuldade de desenvolver o manejo da ferida e sua inserção no trabalho e no meio social. Por meio de consultas e rodas de conversas com os pacientes falcêmicos e seus familiares foi possível o engajamento dos mesmos com escuta, e conhecer seus limites e experiências para elaborar a cartilha educativa a partir das suas necessidades a fim de facilitar o entendimento e manejo da ferida para prevenção de complicações e recidivas com vistas a possibilitar o entrosamento social e laboral.



## 26005 - ATRASOS DO ATENDIMENTO DURANTE A INTERNAÇÃO POR COVID-19: PERSPECTIVA DO PACIENTE INTERNADO POR COVID-19

FRANCIELY DAIANA ENGEL - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, GRAZIELE GORETE PORTELLA DA FONSECA - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, CAROLINE CECHINEL-PEITER - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, DIOVANE GHIGNATTI DA COSTA - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, ANA LÚCIA SCHAEFER FERREIRA DE MELLO - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

**Introdução:** Diante da pandemia da COVID-19, instituições hospitalares necessitaram aumentar o número de leitos de internação, reorganizar o fluxo assistencial e a demanda dos profissionais, especialmente da equipe de enfermagem, implicando na qualidade e segurança do atendimento ofertado. **Objetivo:** Caracterizar os atrasos do atendimento da equipe de enfermagem, sob a perspectiva do paciente internado por COVID-19, conforme sexo, faixa etária e escolaridade. **Método:** Estudo transversal multicêntrico, conduzido em dez Hospitais Universitários brasileiros, localizados nas cinco regiões do país. Participaram do estudo 540 pacientes com COVID-19 que tiveram alta, sendo que 496 apresentaram dados completos. A coleta de dados foi realizada de abril a dezembro de 2021. Foi aplicado o instrumento Patient Measure of Safety (PMOS). As variáveis sexo (feminino e masculino), faixa etária (adulto e idoso) e escolaridade (ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo e ensino superior) foram autorrelatadas. Foram analisados os itens do domínio 9 do PMOS: atrasos. As variáveis de resposta “concordo totalmente” e “concordo” foram agrupadas, assim como “não concordo nem discordo”, “discordo totalmente” “discordo”. Os resultados foram descritos em frequências relativas e as comparações realizadas utilizaram o teste qui-quadrado de Pearson ( $p < 0,05$ ). Estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CAAE nº 38912820.3.1001.012). **Resultados:** Entre os participantes, 52% eram do sexo feminino, com idade média de  $52 \pm 15$  anos, 67% eram adultos e 58% possuíam ensino médio completo. A proporção de pacientes que afirmaram que havia pessoal suficiente na enfermagem para realizar as coisas na hora certa foi de 86%. Contudo, 22% declararam que o tratamento, procedimento ou cirurgia nem sempre aconteceram na hora certa. Ambas as proporções não diferiram entre os sexos ( $p = 0.480$ ;  $p = 0.943$ ), faixa etária ( $p = 0.932$ ;  $p = 0.190$ ) e escolaridade ( $p = 0.466$ ;  $p = 0.566$ ). **Conclusão:** Observa-se que a maioria dos pacientes consideraram ter pessoal suficiente para realizar os atendimentos e que estes ocorreram na hora certa, não tendo diferença entre idade, escolaridade e sexo. Compreende-se que o impacto dos atrasos não foram percebidos pelos pacientes internados.

## 26168 - O DIREITO DE APRESENTAR QUEIXA E A SUA CONTRIBUIÇÃO PARA O CUIDADO EM SAÚDE SEGURO

MARIANA LIMA MENEGAZ - PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA (UNB), NELMA M. O. MELGAÇO - PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA (UNB)

**Introdução:** Os pacientes possuem direitos pelo simples fato de serem membros da espécie humana e estarem em uma relação de cuidado em saúde. Dentre os direitos do paciente, vislumbra-se o direito de apresentar queixa. As reclamações realizadas pelos pacientes e familiares ocorrem por vários motivos, e, em regra, se dão em resposta a algo que ocorreu em contraposição ao que era esperado por eles, objetivando maiores informações e explicações sobre o evento adverso vivenciado. Diversos países possuem sistemas específicos para recebimento de queixa, como a Áustria, Dinamarca, Suécia e Nova Zelândia. Observa-se que um sistema específico contribui para o aprimoramento da segurança do paciente, prevenindo a ocorrência de novos eventos adversos.

**Objetivo:** O escopo do estudo é analisar o direito de apresentar queixa e a importância de um sistema específico para que haja um cuidado em saúde seguro. **Método:** Trata-se de estudo teórico que consiste em verificar o direito de apresentar queixa e sua contribuição na promoção da segurança do paciente. **Resultados:** Os estudos demonstraram que a existência de um sistema específico para recebimento de queixas é imprescindível para o aprimoramento da segurança do paciente. As reclamações recebidas são utilizadas para investigar os eventos adversos e promover melhorias na prestação do serviço. **Discussão:** A partir da análise das queixas recebidas, são verificados quais fatores ensejaram as reclamações e o que pode ser feito para evitar uma recorrência, contribuindo para o aumento da segurança do paciente. Ademais, a experiência do paciente é valorizada, incluindo temáticas sobre a qualidade do atendimento, a equipe dos profissionais de saúde, os insumos utilizados enquanto ele esteve naquele contexto. Conforme Albuquerque e Regis (2020), é de suma importância a existência de espaços no interior dos serviços de saúde para que os pacientes e familiares relatem suas demandas e vivências. É necessário destacar que o direito de apresentar queixa se materializa por meio de um processo transparente, célere e justo, em que haja acolhimento e empatia com os envolvidos. **Conclusão:** Ante as análises realizadas, conclui-se que o direito de apresentar queixa contribui diretamente para o cuidado em saúde seguro. As queixas devem ser compreendidas como forma de melhoria do serviço prestado e, conseqüentemente, promoção do cuidado seguro.

## 26086 - TRABALHO COM ALEGRIA E RESILIÊNCIA: UMA EXPERIÊNCIA POSITIVA NA CONSTRUÇÃO COLABORATIVA DO TRABALHO

ANA LUIZA MEDEIROS DE ALMEIDA DINIZ - HOSPITAL GERAL DE ITAPECERICA DA SERRA, FERNANDA DEI SVALDI PAMPLONA - HOSPITAL GERAL DE ITAPECERICA DA SERRA, JOYCE GRALHOZ - HOSPITAL GERAL DE ITAPECERICA DA SERRA, MAYUMI MARIA QUINTELLA BAPTISTA - HOSPITAL GERAL DE ITAPECERICA DA SERRA, GIORGIA TROIANO VALENTIM CRUZ - HOSPITAL GERAL DE ITAPECERICA DA SERRA, LISIANE VALDEZ GASPARY - HOSPITAL GERAL DE ITAPECERICA DA SERRA (SÃO PAULO)

**Introdução:** O Hospital Geral de Itapecerica da Serra desenvolveu junto aos seus colaboradores o projeto ReConectAR “Rede de Conexão Trabalho com Alegria e Resiliência”, uma iniciativa conjunta do Hospital Sírio-Libanês, Johnson & Johnson e do Institute for Healthcare Improvement (IHI). Fortalecer e aprimorar o cuidado com aquele que cuida. **Objetivos:** Promover alegria e resiliência no trabalho com atividades "Co-criativas" e monitorar indicadores para aumentar a percepção de participação em decisões locais que afetam o trabalho, valor e significado pessoal e bem estar físico e psicológico. **Descrição da execução:** Utilizando-se da metodologia da ciência da melhoria proposta pelo IHI, com os colaboradores do bloco IV, de janeiro/2021 a janeiro/2022. A equipe facilitadora composta pelas lideranças locais, Gerência de Enfermagem, Qualidade, Gerência Executiva, Recursos Humanos, Serviço de Atenção ao Usuário e Psicologia, que juntos participaram de aprendizagens virtuais que serviu para apoiar as equipes da unidade. Foi realizada a pesquisa com 63 colaboradores da unidade e realizou-se a pergunta: O que importa para você no trabalho? Foram agrupadas diferentes causas e deu origem ao diagrama direcionador com 03 direcionadores: Criar processos que melhorem a percepção de autonomia e gestão participativa; que promovam significado e propósito; e bem-estar físico e psicológico. Indicadores de processo e resultados foram respondidos pelos colaboradores através de um link de pesquisa ao longo do projeto. A pesquisa trazia perguntas relacionadas à sua relação com o trabalho, ambiente e gestão. Transformamos ideias em ações através da ferramenta "PDSA plan do stud act". Realizamos encontros “um a um”, engajamos equipes e estimulamos à formação de lideranças, além da escuta empática e “Co-criação”. **Análise crítica dos resultados:** Os resultados foram crescentes à medida que as melhorias eram materializadas e a percepção das equipes frente à participação nas decisões. Foi necessário engajar equipes para desenvolver suas "Co-criações". **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** O projeto refletiu positivamente nas pesquisas de Cultura de Segurança e Clima. Contou com o envolvimento dos colaboradores locais nas ideias de mudança. O projeto está sendo ampliado em outras unidades do hospital.

**26004 - TREINAMENTO DA EQUIPE COMO FATOR DA SEGURANÇA DO PACIENTE: PERSPECTIVA DO PACIENTE INTERNADO POR COVID-19**

FRANCIELY DAIANA ENGEL - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, GRAZIELE GORETE PORTELLA DA FONSECA - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, CAROLINE CECHINEL-PEITER - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, DIOVANE GHIGNATTI DA COSTA - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, ANA LÚCIA SCHAEFER FERREIRA DE MELLO - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

**Introdução:** As instituições hospitalares têm integrado ações de segurança com a finalidade de diminuir custos, oferecer uma assistência de qualidade e promover a satisfação do paciente. Entre estas ações, encontra-se a participação ativa do paciente e família para promoção do cuidado seguro e as práticas de educação permanente. **Objetivo:** Caracterizar o treinamento da equipe como fator da segurança do paciente, sob a perspectiva do paciente internado por COVID-19, conforme sexo, faixa etária e escolaridade. **Método:** Estudo transversal multicêntrico, conduzido em dez Hospitais Universitários brasileiros, localizados nas cinco regiões do país. Participaram do estudo 540 pacientes com COVID-19 que tiveram alta, sendo que 509 apresentaram dados completos. A coleta de dados foi realizada de abril a dezembro de 2021. Foi aplicado o instrumento Patient Measure of Safety (PMOS). As variáveis sexo (feminino e masculino), faixa etária (adulto e idoso) e escolaridade (ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo e ensino superior) foram autorrelatadas. Foram analisados os itens do domínio 7 do PMOS: treinamento da equipe. As variáveis de resposta “concordo totalmente” e “concordo” foram agrupadas, assim como “não concordo nem discordo”, “discordo totalmente” “discordo”. Os resultados foram descritos em frequências relativas e as comparações realizadas utilizaram o teste qui-quadrado de Pearson ( $p < 0,05$ ). Estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CAAE nº 38912820.3.1001.012). **Resultados:** Entre os participantes, 52% eram do sexo feminino, com idade média de  $52 \pm 15$  anos, 67% eram adultos e 58% possuíam ensino médio completo. A proporção de pacientes que afirmaram que em pelo menos uma ocasião um membro da equipe não sabia usar o equipamento necessário ou não sabia realizar uma tarefa que deveria ser capaz foi de 14,7% e 12,8%, respectivamente. Ambas as proporções não diferiram entres os sexos ( $p=0.329$ ;  $p=0.732$ ), faixa etária ( $p=0.587$ ;  $p=0.630$ ) e escolaridade ( $p=0.441$ ;  $p=0.040$ ). **Conclusão:** Observa-se que poucos pacientes identificaram problemas no treinamento da equipe durante a assistência, não tendo diferença entre idade, escolaridade e sexo. Compreende-se que as instituições devem fortalecer ainda mais os pacientes e família para atuarem como barreiras de segurança.

## 26369 - VALIDAÇÃO DE QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

ANA ELISA BAUER DE CAMARGO SILVA - PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - FACULDADE DE ENFERMAGEM - UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, TANIALLY PAULA SOUSA - PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - FACULDADE DE ENFERMAGEM - UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, RAFAEL ALVES GUIMARÃES - PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - FACULDADE DE ENFERMAGEM - UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, VALÉRIA PAGOTTO - PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - FACULDADE DE ENFERMAGEM - UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, MAIANA REGINA GOMES DE SOUSA - PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - FACULDADE DE ENFERMAGEM - UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, JULIANA CARVALHO DE LIMA - PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - FACULDADE DE ENFERMAGEM - UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

**Introdução:** a ocorrência de eventos adversos evitáveis vem demandando a avaliação da segurança do paciente nos processos assistenciais de saúde. A obtenção dessa avaliação pela visão dos usuários do sistema de saúde, sobretudo da Atenção Primária à Saúde, pode contribuir para melhoria dos processos e políticas públicas. Assim, evidências sobre a validade de um questionário, na língua portuguesa brasileira, que possibilita a avaliação da segurança do paciente na perspectiva do usuário do sistema de saúde tornam-se apropriadas e relevantes. **Objetivo:** validar o questionário PREOS-PC Compacto Versão Brasil. **Método:** estudo de validação realizado de março de 2021 a setembro de 2021, após tradução e adaptação transcultural, com usuários de unidades de atenção primária de uma cidade da Região Centro-Oeste do Brasil. As propriedades psicométricas foram analisadas: cálculo da confiabilidade, por meio da consistência interna, avaliada pelo coeficiente alfa de Cronbach; avaliação da estabilidade pelo método de teste-reteste com Coeficientes de Correlação Intraclasse (ICC); validade de construto com abordagem estrutural por meio da análise fatorial confirmatória (AFC). Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados:** participaram 281 usuários, sendo 73,3% do sexo feminino; média de idade de 36,3 anos. A consistência interna foi satisfatória, com alfa de Cronbach de 0,7011. O ICC apontou correlação positiva entre as respostas do teste e reteste dos participantes. A AFC apresentou cargas fatoriais maiores que 0,80 na maioria dos itens, evidenciando ajuste suficiente do instrumento. Entre os problemas relatados pelos usuários evidenciaram-se os relacionados à comunicação entre profissional de saúde e paciente (22,4%) e às consultas (11,0%). Entre os principais danos relatados estavam o dano à saúde mental (22,4%) e o que levou ao aumento dos gastos financeiros com a saúde (22,1%). A média de nota referente à percepção de segurança da unidade de saúde foi de 7,4 (de 0 a 10). **Conclusão:** O PREOS-PC Compacto Versão Brasil oferece dados precisos, válidos e interpretáveis para a avaliação da qualidade e segurança do paciente da população, sendo uma ferramenta fidedigna, válida e confiável para uso na atenção primária à saúde brasileira.

**Trilha 4 – Pesquisa e Educação em qualidade em saúde e segurança do paciente****26008 - BIOSSEGURANÇA DOS PROFISSIONAIS DO CENTRO CIRÚRGICO NA COVID-19: UM PROTOCOLO DE REVISÃO DE ESCOPO**

BEATHRICE RAMOS BESERRA - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UERJ, CÍNTIA SILVA FASSARELLA - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UERJ, NATHÁLIA HENRIQUES VEIGA - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UERJ, RHAYANA VITÓRIA DA ROSA SILVA - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UERJ, VANESSA DE SOUZA MORAES - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UERJ

**Introdução:** Com os elevados números de contaminação e hospitalização promovidos pelo novo vírus SARS-CoV2, os profissionais de saúde se encontraram em frequente exposição, tal risco ocupacional influenciou no aumento dos números de casos e óbitos resultantes da pandemia da COVID-19. Portanto, adaptações às medidas de biossegurança tornaram-se necessárias, almejando a prevenção, contenção e mitigação dos riscos. No contexto do Centro Cirúrgico (CC), especialmente, devido o contato direto com pacientes positivados e suspeitos de infecção pela SARS-CoV2, ademais, pela manipulação das vias aéreas e a provável geração de aerossóis, medidas de biossegurança sofreram adaptações dentro do CC visando a proteção dos profissionais e juntamente a promoção da segurança do paciente. **Objetivo:** Mapear as evidências sobre biossegurança e segurança dos profissionais de saúde do CC para promoção da segurança do paciente no contexto da COVID-19. **Método:** Um protocolo de revisão de escopo conduzida segundo a metodologia Joanna Briggs Institute (JBI), registrado no Open Science Framework, sob DOI 10.17605/OSF.IO/Q8MZD, estudo financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro. Questão norteadora: Quais são as evidências sobre biossegurança e segurança dos profissionais de saúde do centro cirúrgico para promoção da segurança do paciente no contexto da COVID-19? Estruturada no acrônimo PCC: participante, conceito e contexto. As palavras-chave foram: profissionais de saúde; medidas de biossegurança e segurança dos profissionais de saúde; segurança do paciente; COVID-19; centro cirúrgico. Bases de dados: Cinahl, Embase, Medline, Lilacs, Scopus e WorldCat. **Resultados:** A presente revisão ainda se encontra em desenvolvimento. Até o presente momento, através da busca completa nas bases de dados selecionadas e utilizando as estratégias de busca desenhadas de acordo com a questão central, foi obtido um resultado de 271 evidências, 21 sendo duplicadas, foram excluídas de forma prévia à etapa de triagem. As 249 evidências restantes passaram pelo processo de seleção com a análise de título e resumo, por fim, 45 evidências foram selecionadas de acordo com os critérios de elegibilidade determinado. **Conclusão:** Esperasse apresentar as evidências quanto às práticas de biossegurança e segurança dos profissionais de saúde do CC adaptadas para o contexto da Covid-19.

**25998 - CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NO CENTRO CIRÚRGICO UNIVERSITÁRIO NA FASE PRÉ-PANDÊMICA**

VANESSA DE SOUZA MORAES - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, CINTIA SILVA FASSARELLA - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, BEATHRICE RAMOS BESERRA - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, NATHALIA HENRIQUES VEIGA - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, RHAYANA VITÓRIA DA ROSA SILVA - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

**Introdução:** Dentro do ambiente de saúde pode ter alguns riscos que afeta o bem-estar do paciente, por esse motivo surge a segurança do paciente que tem como intuito reduzir riscos e danos dentro do setor de saúde. Desse modo, os profissionais devem prestar um serviço de qualidade, para que assim consigam diminuir os incidentes e eventos adversos. **Objetivo:** Analisar a cultura de segurança no período pré-pandêmico em um centro cirúrgico. **Método:** Estudo transversal, descritivo com abordagem quantitativa. Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, nº 4.638.444. Participaram da pesquisa profissionais de saúde que fizeram parte da equipe cirúrgica e trabalharam no período pré-pandêmico no hospital. Os critérios de exclusão foram os profissionais que estavam de licença e férias no período de coleta de dados. Foi aplicado Safety Attitudes Questionnaire/Operating Room, versão brasileira, dividido em três partes, que são questões sociodemográficas, segurança do paciente e qualidade da comunicação entre os profissionais, totalizando 58 questões. A coleta de dados foi realizada entre julho e dezembro de 2021, os mesmos foram organizados e analisados pela plataforma Excel, uma análise estatística descritiva. **Resultados:** Participaram da pesquisa 98 profissionais. As variáveis estudadas apresentaram resultados negativos, exceto domínio de comunicação que atingiu o escore de 75 pontos, desse modo, sendo considerada uma variável positiva. Os domínios que tiveram escore negativos foram: percepção de gerencia, com 65, condição de trabalho, 62.5, percepção de estresse, 43.7, clima de segurança, 42.5 e percepção desempenho profissional que atingiu, 18.5, sendo a menor pontuação. A variável mais usada na qualidade de comunicação foi “muito bom” e os profissionais que foram melhores avaliados foram os Instrumentadores/circulantes de sala. Já os profissionais de saúde denominados “outros” tiveram a menor percentagem, seguido pelos cirurgiões. **Conclusão:** O estudo permitiu avaliar a cultura de segurança no centro cirúrgico pré-pandêmico, ficando evidente que os resultados demonstraram a necessidade de melhorias nos domínios apresentados, uma vez que maioria dos domínios são negativos, apenas a variável comunicação que manifestou positividade. Sendo assim, há uma necessidade de melhorias e avanços nos requisitos estudados nesta pesquisa.

## 26033 - ESTRATÉGIAS DE ENSINO PARA DIFUNDIR CONCEITOS DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE EM UM AMBULATÓRIO

ADRIELLE GISLAINE SANTOS NHONCANSE - AME BOURROUL, RICHARD RODRIGUES NUNES - AME BOURROUL, FERNANDA FERRARESI PINTO - AME BOURROUL, ALINE GALDINO - AME BOURROUL, RENATO DE LIMA VIEIRA - AME BOURROUL, WALTER SCHILIS - AME BOURROUL (SÃO PAULO, SP)

**Introdução:** os conceitos de qualidade e segurança do paciente, nem sempre são compreendidos pelos colaboradores de forma clara. Nesse sentido podem ser adotados como estratégias de ensino treinamentos que usam métodos que estimulam pensamento crítico, colaboração e autonomia das equipes.(1). **Objetivo:** descrever um relato de experiência sobre a condução de um treinamento para difundir conceitos de qualidade e segurança do paciente em um ambulatório médico de especialidades (AME). **Descrição da execução:** estudo realizado em um AME na região central de São Paulo, que descreve as estratégias de ensino adotadas para aperfeiçoar o conhecimento da equipe de Enfermagem sobre qualidade e segurança do paciente. Ocorreu entre os meses de fevereiro e abril de 2021 por meio de etapas: 1) Aplicação de prova pré treinamento; 2) Realização de treinamentos setoriais; 3) Aplicação de prova pós treinamento para avaliar eficácia; 4) Feedback aos participantes. Análise crítica dos resultados: a atividade foi desenvolvida em todos os setores em que a Enfermagem atua na instituição (ambulatórios, SADT, CME, Endoscopia, Centro Cirúrgico e Hospital Dia), a prova pré foi composta por questões que abordavam metas de segurança do paciente, políticas institucionais, protocolos gerenciados e mapeamento de riscos dos setores, a média de acertos foi de 5,5 pontos, apontando dificuldades de compreensão pela equipe. Diante desse cenário o treinamento foi aplicado de forma dinâmica, incluindo o uso de uma história em quadrinhos com personagens da área da saúde, discussão de casos e um quiz para abordar os mesmos conceitos da prova pré. Após um mês foi aplicada uma prova pós treinamento que trouxe uma média de acertos de 8,5 pontos, os colaboradores receberam feedback sobre o desempenho apresentado e os cinco primeiros que tiveram as melhores notas foram premiados, já os que tiveram desempenho abaixo do esperado participaram de uma nova rodada de treinamento e puderam melhorar suas notas. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade no cuidado:** esse treinamento mais dinâmico proporcionou maior compreensão dos colaboradores sobre os conceitos de qualidade, pois ao utilizar uma linguagem mais acessível a prática assistencial, envolveu os participantes no processo de cultura de segurança do paciente na instituição, fortalecendo o entendimento dos envolvidos.

### Referência

1. MORAN, J. Mudando a Educação com Metodologias Ativas. 2015.



**25989 - INEQUIDADE NO ENSINO DA SEGURANÇA DO PACIENTE NA GRADUAÇÃO EM SAÚDE**

ANA CLAUDIA ALCÂNTARA GARZIN - CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO, ANA LUÍZA DE SIQUEIRA SIMÃO - HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ, GABRIELA MARTINS ALENCAR - VIBE SERVIÇOS EM SAÚDE (SÃO PAULO, SP)

**Introdução:** A preocupação com os incidentes decorrentes da assistência à saúde não é recente e tem sido tema de discussões nas últimas décadas. Frente aos desafios encontrados no cotidiano para alcançar o cuidado seguro, a Organização Mundial da Saúde recomenda a inclusão da segurança do paciente nas matrizes curriculares dos cursos da área da saúde, uma vez que os futuros profissionais de saúde devem ser capacitados para práticas seguras durante a sua formação.

**Objetivo:** identificar entre graduandos dos cursos Biomedicina, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Medicina e Nutrição, o reconhecimento da abordagem das Metas internacionais de Segurança do Paciente durante o curso de graduação. **Método:** pesquisa quantitativa, realizada em março e abril de 2021, por meio de questionário eletrônico, após anuência do Comitê de Ética em Pesquisa (Parecer 4.357.825). Participaram 222 discentes de graduação dos cursos supracitados de uma Instituição de Ensino Superior de São Paulo. **Resultados:** A temática segurança do paciente foi percebida por 205 (92,3%) participantes. Todavia, apenas 104 (46,8%) concordaram totalmente com a abordagem das metas internacionais de segurança do paciente ( $p < 0,001$ ). A Meta 1, Identificar corretamente o paciente, foi a mais reconhecida dentre os participantes (93,2%), seguida pela Meta 2, Melhorar a comunicação efetiva (85,1%) e Meta 5, Reduzir os riscos de infecções relacionadas aos cuidados de saúde (80,5%). Para 152 (68,4%) participantes, o conteúdo sobre segurança do paciente abordado durante a graduação foi suficiente, principalmente para os discentes de Enfermagem (83,9%), Farmácia (66,7%) e Medicina (68,6%). Foi possível inferir que há abordagem aquém da necessidade, de acordo com 66,7% dos discentes de Nutrição, 46,2% de Biomedicina e 45,5% de Fisioterapia. **Conclusão:** Para que os futuros profissionais de saúde prestem assistência de maneira segura, é necessário que a formação acadêmica contemple a segurança do paciente, preferencialmente de forma interprofissional. Os participantes reconheceram a abordagem das metas internacionais de segurança do paciente durante a formação, contudo depreende-se que a temática não foi discutida de maneira equânime entre os cursos, o que denota a necessidade de revisar as matrizes curriculares, a fim de preparar os futuros profissionais para o cuidado seguro nos diferentes níveis de atenção à saúde.

**26078 - MAPEAMENTO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

JULIANA DE SOUZA LIMA COUTINHO - UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA, KAREN ELIANE OLIVEIRA SILVA - CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BELO HORIZONTE, SAMUEL ADRIANO PEREIRA - UNIMED-BH, RAPHAELLE ORNELAS OLIVEIRA - UNIMED-BH, BARBARA BIANCA VIDAL DA SILVA - UNIMED-BH, LUANA VIEIRA TOLEDO - UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA (MG)

**Introdução:** a cultura de segurança do paciente é considerada importante componente da estrutura do serviço para envolvimento da equipe na implantação de práticas seguras e ações de vigilância contínua, a fim de evitar prejuízos e danos ao paciente. Comumente os danos são relacionados a falhas da equipe e de processos, com isso se torna importante trabalhar a cultura de segurança junto à equipe da ponta. **Objetivos:** relatar a experiência da realização do mapeamento da cultura de segurança do paciente em uma instituição de saúde. **Descrição da execução:** foi aplicado um questionário adaptado do Hospital Survey on Patient Safety Culture em uma instituição de saúde de grande porte em Belo Horizonte Minas gerais. Participaram da pesquisa 109 colaboradores, incluindo equipe de enfermagem, recepção, manutenção, farmácia e laboratório. A pesquisa foi feita via formulário digital no mês de março de 2022. **Análise crítica dos resultados:** após consolidação das respostas e análise dos resultados obtidos foi possível identificar os pontos frágeis da cultura de segurança do paciente na instituição. Foram verificadas fragilidades como falta de conhecimento sobre o núcleo de segurança, desconhecimento das metas internacionais e percepção de relação punitiva com a notificação de incidentes e eventos adversos. Os resultados encontrados serviram como o norteador para o desenvolvimento de um plano de ação para o fortalecimento da cultura de segurança do paciente. Dentre as ações estabelecidas no plano, destacam-se os treinamentos voltados para os pontos críticos encontrados no mapeamento, distribuição de cards informativos de segurança do paciente, sensibilização das lideranças sobre o caráter educativo do núcleo e maior divulgação do núcleo de segurança para desdobramento até a ponta. Após dois meses de realização contínua das ações foi observado maior engajamento da equipe, refletindo no aumento de quase 150% no número de notificações de incidentes neste período. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade no cuidado:** a realização da experiência foi de grande valia para as ações do núcleo de segurança do paciente da instituição, visto que foi possível identificar as dores relacionadas ao setor e as oportunidades de melhoria a serem trabalhadas, com isso possibilitando direcionar os esforços para as fragilidades reais identificados dentro da própria equipe.

## 26272 - REAÇÕES ADVERSAS A MEDICAMENTOS ANTIMICROBIANOS EM CRIANÇAS INTERNADAS EM HOSPITAIS PÚBLICOS BRASILEIROS

SHEILA FEITOSA RAMOS - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE, ALESSANDRA REZENDE MESQUITA - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE, ELISÂNGELA DA COSTA LIMA - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, DIVALDO PEREIRA DE LYRA JR. - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

**Introdução:** Reações Adversas a Medicamentos (RAM) causadas por antimicrobianos em crianças são consideradas importante problema para a segurança dos pacientes e para os sistemas de saúde. Assim, conhecer o perfil de antimicrobianos envolvidos em RAM na população pediátrica pode contribuir para elaboração de estratégias para melhorar a segurança desses pacientes. **Objetivo:** Caracterizar o perfil de antimicrobianos em crianças com RAM internadas em hospitais públicos brasileiros. **Metodologia:** Foi realizado um estudo de coorte prospectivo, em cinco hospitais públicos no Brasil. Foram incluídas crianças de 0 a 12 anos, em uso de antimicrobianos por mais de 24 horas e hospitalizadas por no mínimo 48 horas. A coleta de dados foi realizada diariamente, durante seis meses em 2019. Os dados relacionados uso de antimicrobianos foram obtidos por meio dos prontuários dos pacientes. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (SE:2.801.684; CE:3.027.780; RJ:3.264.238; DF:4.273.903; RGS: 3.782.762). **Resultados:** Durante o período de acompanhamento, 152 crianças apresentaram pelo menos uma RAM causada por antimicrobiano. A maioria dos pacientes era do sexo masculino 54% (n=83), com idade entre 28 dias e dois anos 57% (n=87). Os principais antimicrobianos envolvidos foram os das classes das cefalosporinas de terceira geração, com destaque para o cefepime (n=42) e ceftriaxona (n=31), seguido das penicilinas, com destaque para a amoxicilina+clavulanato (n=30) e oxacilina (n=27). As principais indicações foram para doenças relacionadas ao sistema respiratório 58% (n=88). Em relação ao número de antimicrobianos prescritos, apenas 25% (n=38) dos pacientes utilizaram um único antimicrobiano e quase metade 46% (n=70) utilizaram três ou mais. Em relação ao tempo de uso do antibiótico, 69,7% (n=106) usaram até 14 dias, 14,5% (n=22) usaram até 21 dias e os demais 15,8% (n=24) usaram por mais de 21 dias, chegando a até 56 dias de uso. **Conclusão:** Os principais antibióticos envolvidos nas RAM em crianças hospitalizadas foram o cefepime, ceftriaxona, amoxicilina+clavulanato e oxacilina. A maioria dos pacientes fizeram o uso de três ou mais antibióticos, com uma variação curta ou prolongada no tempo de uso. O monitoramento e utilização de protocolos terapêuticos podem auxiliar na redução de RAM, resistência bacteriana e consequentemente melhorar a segurança desses pacientes.

## 26288 - TREINAMENTO DO NATIONAL EARLY WARNING SCORE 2: ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL PARA O PORTUGUÊS DO BRASIL

RENATA CRISTINA DA SILVA MARTINS - UFPEL, JOSELI SOARES BRAZOROTTO - UFRN, ALINE AUGUSTA MEDEIROS RUTZ - UFPEL, ADRIZE RUTZ PORTO - UFPEL, SUELE MANJOURANY SILVA DURO – UFPEL (RS)

**Introdução:** O National Early Warning Score (NEWS) tem sua eficiência demonstrada em vários estudos que evidenciam uma relação direta entre seu uso e o fortalecimento da segurança do paciente. Porém, há a necessidade da formação das equipes de saúde para sua utilização na prática clínica. Dessa forma, a tradução e adaptação transcultural do módulo Acute Care do Programa e-learning do NEWS 2 para o português do Brasil visou facilitar a implementação desse escore no sistema de saúde brasileiro, o que irá favorecer a identificação precoce de pacientes com risco de deterioração clínica, seguida de intervenção precoce. **Objetivo:** Adaptar transculturalmente o módulo Acute Care do Programa e-learning do NEWS 2 para o português do Brasil. **Método:** Estudo metodológico de adaptação transcultural, do idioma inglês para o português, baseado em Beaton et al, autorizado pelo Royal College of Physicians e aprovado por Comitê de Ética, sob nº 4.247.069 e registro na Plataforma Brasil nº 36540020.4.0000.5292. Juízes de cinco regiões brasileiras, enfermeiros da Rede da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) avaliaram as equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual entre o material original e as versões traduzidas. Enfermeiros atuantes em unidades de internação na Rede Ebserh de todas as regiões do país realizaram o teste piloto com a finalidade de assegurar que a versão adaptada preservava as equivalências em relação ao conteúdo original. Para análise de dados foram realizadas estatísticas descritivas por meio de gráficos e tabelas e indutivas (Coeficiente de Kappa, para a concordância inter juízes e Shapiro-Wilk para avaliar a normalidade dos dados). O módulo traduzido e adaptado à língua portuguesa brasileira está em etapa final de produção como um curso no Ambiente Virtual de Aprendizagem do Sistema Único de Saúde. **Resultados:** No total, os juízes sugeriram dezenove palavras e/ou frases que deveriam sofrer alterações quanto às equivalências textuais. Os participantes do teste piloto sugeriram duas correções gramaticais. Após a apreciação das sugestões pelos tradutores, resultou na versão final do módulo de cuidados agudos do NEWS 2. **Conclusão:** O módulo de cuidados agudos do NEWS 2 foi adaptado para o português do Brasil e poderá trazer contribuições importantes para o cuidado em saúde no país.

**Trilha 5 – Políticas de saúde, gestão de risco e a governança em saúde****26427 - ACURÁCIA DO GLOBAL TRIGGER TOOL É MAIOR PARA IDENTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS DE MAIOR DANO**

SARA MONTEIRO DE MORAES - UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, BRASIL, TERESA CRISTINA ABREU FERRARI - UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, BRASIL, ALLINE BELEIGOLI - FLINDERS UNIVERSITY, ADELAIDE, AUSTRALIA

**Introdução:** O Global Trigger Tool (GTT) do Institute for Healthcare Improvement tem sido utilizado como estratégia de medição em segurança do paciente por diversas instituições no mundo. Embora a maior capacidade do GTT em identificar eventos adversos (EAs) em comparação a outros métodos já tenha sido demonstrada, há poucos dados sobre sua acurácia e estudos sugerem que a exclusão de EAs menores poderia aumentar a validade do método. **Objetivo:** Avaliar a validade do GTT para identificar a ocorrência de EAs em pacientes adultos internados para todos os EAs e para o subgrupo de EAs com maior dano. **Métodos:** Trata-se de um estudo de teste diagnóstico, no qual o GTT é o teste índice e a identificação de EAs representa a condição de interesse. Devido à ausência de um teste padrão-ouro, um método padrão de referência composto (MPR) foi desenvolvido. Ambos os testes foram aplicados a uma amostra aleatória de 211 internações de pacientes adultos ocorridas entre outubro/novembro de 2016 em um hospital público de grande porte de Belo Horizonte. A validade do GTT foi avaliada por meio da sensibilidade, especificidade e acurácia global. **Resultados:** Foram identificados 176 EAs em 67 internações por meio do MPR e 129 EAs em 76 internações por meio do GTT, resultando em taxas de 126 e 93 EAs/1.000 pacientes-dia, respectivamente. A sensibilidade, especificidade e acurácia global do GTT para identificação de EAs foram, respectivamente, 0,41 (intervalo de confiança [IC] de 95% 0,34;0,49), 0,68 (IC 95% 0, 60;0,74) e 0,54 (IC 95% 0,49;0,60) para todos os EAs, independentemente da categorização de dano, e 0,85 (IC 95% 0,72;0,93), 0,88 (IC 95% 0,82;0,92) e 0,87 (IC 95% 0,82;0,91) para o subgrupo de EAs de maior dano. Entre os principais EAs perdidos pelo GTT estão os EAs relacionados à assistência de enfermagem, como aqueles relacionados a acesso venoso periférico e cateteres gástricos/entéricos. **Conclusão:** O GTT mostrou ser um método válido para identificação de EAs em pacientes adultos internados. Sua acurácia aumenta quando os EAs menores não são contados. Entre os principais EAs perdidos pelo GTT estão aqueles relacionados à assistência de enfermagem. Portanto, o GTT deve ser utilizado em conjunto com outras estratégias de mensuração para alcançar resultados representativos do perfil de qualidade da assistência prestada e, assim, nortear as estratégias de melhoria.

## 26215 - ANÁLISE RETROSPECTIVA DE INCIDENTES NOTIFICADOS EM UM HOSPITAL DE URGÊNCIA NA CIDADE DE TERESINA-PI

ROSEANNE NUNES BARBOSA - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA, LUCIANO LUZ RIBEIRO - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA, LENIER BRAGA DE ALMEIDA - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA, CLICIANE FURTADO RODRIGUES - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA, WENDEL MARCOS ALVES - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA, JÉSSICA KARINE TÁVORA DE SOUSA - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA (PI)

**Introdução:** A segurança do paciente corresponde a um conjunto de processos, instrumentos e métodos baseados em evidências científicas com finalidade de reduzir os riscos de sofrer um dano não intencional ou mitigar as consequências de sua ocorrência. As notificações são ferramentas essenciais para a efetiva segurança do paciente. **Objetivo:** Analisar as notificações direcionadas ao Núcleo de Segurança do Paciente em um Hospital de Urgência de Teresina-PI. **Método:** Estudo retrospectivo, descritivo e quantitativo realizado em um hospital público no período de janeiro a dezembro de 2021. As notificações de incidentes são realizadas de forma espontânea através do preenchimento do formulário informatizado ou por meio de QR code do link do formulário ou em impresso próprio. A coleta dos dados ocorreu por meio da leitura das fichas de notificações e registro em planilha do programa Excel®. As informações foram avaliadas considerando as variáveis: gravidade/ grau do dano, motivo de notificação, tipo de incidentes, turno ocorrido, categoria profissional e setores de notificação. **Resultados:** Foram notificados 2088 incidentes no período determinado. Quanto ao tipo de notificação, houve maior prevalência de incidentes sem dano 1120 (53,6%), seguido por com dano leve 485(23,2%), circunstâncias notificáveis relacionadas a falhas no processo de trabalho 341(16,3%), dano moderado 87(4,2%) e grave 18(0,9%). As categorias responsáveis pela notificação em sua maioria foram enfermeiros e técnicos de enfermagem. Entre os setores responsáveis pelo maior número de notificações destacam-se as Unidades de Terapia Intensiva e Centro Cirúrgico. Os tipos de incidentes mais frequentes foram relacionados a retirada não programada ou acidental de sondas, lesão por pressão e falhas na identificação de pacientes. **Conclusão:** A análise dos incidentes permitiu destacar a importância das notificações para o planejamento e implementação de ações que possam fortalecer a cultura de segurança do paciente e a gestão de riscos dentro de unidades de saúde.

## 26284 - AVALIAÇÃO DE ERROS DE MEDICAÇÃO NOTIFICADOS POR SERVIÇOS DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO

ROSANGELA DE SOUSA NUNES SEIXAS - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO,  
MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA MOURA - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO

**Introdução:** Práticas de medicação inseguras e erros de medicação são as principais causas de danos evitáveis nos sistemas de saúde e tema do Terceiro Desafio Global de Segurança do Paciente. A Farmacovigilância tem como função identificar, avaliar e monitorar a ocorrência de eventos adversos relacionados a medicamentos após o registro, com o objetivo de garantir que os benefícios sejam maiores do que os riscos relacionados ao uso de medicamentos. Erros envolvendo os medicamentos denominados como potencialmente perigosos ou de alta vigilância têm maior potencial de gravidade. **Objetivo:** Avaliar as notificações de erros de medicação ocorridos em Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS) do Estado do Rio de Janeiro (ERJ). **Descrição da execução:** Com base nas notificações de Erros de Medicação (EM) lançadas no Sistema VigiMed nos anos 2020 e 2021 foram avaliados os seguintes parâmetros: erros de prescrição, erros de dispensação, erros de administração, classes terapêuticas (CT), medicamentos e medicamentos potencialmente perigosos (MPP) envolvidos. **Análise crítica dos resultados:** Foram registradas 111 notificações de EM por 09 EAS, sendo 45 (40,5%) erros de prescrição, 25 (22,5%) erros de dispensação e 41 (37%) erros de administração. Erros de prescrição envolveram 27 medicamentos de 16 CT, sendo 09 MPP (33%); erros de dispensação envolveram 22 medicamentos de 14 CT, sendo 04 MPP (18%); erros de administração envolveram 35 medicamentos de 22 CT, sendo 13 MPP (37%). As CT mais envolvidas nos EM foram: antibióticos 16 notificações (14%), antineoplásicos 08 notificações (7,2%), corticoides 07 notificações (6,3%), antiasmáticos 06 notificações (5,4%), vasopressores 06 notificações (5,4%), benzodiazepínicos 05 notificações (4,5%). **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade no cuidado:** A avaliação das notificações de EM evidenciou significativa subnotificação desses eventos adversos pelos EAS do ERJ. O percentual de ocorrências de EM relacionados com MPP ressalta a necessidade de melhorias na adoção de medidas de segurança no uso de MPP e na implementação de práticas de segurança do paciente voltadas para a redução de erros de medicação. A notificação de EM é uma importante estratégia para subsidiar as ações sanitárias voltadas para o uso seguro de medicamentos.

**26387 - CONHECIMENTO E FATORES RELACIONADOS À SEGURANÇA DO PACIENTE: ÓTICA DE ENFERMEIROS DA SAÚDE DA FAMÍLIA**

FERNANDA CRISTINA MUCELINI - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ, LARA ADRIANNE GARCIA PAIANO DA SILVA - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CASCAVEL (PR)

**Introdução:** O enfermeiro é fundamental no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF), para promoção de ações voltadas a Segurança do Paciente (SP) principalmente na redução de danos e gerenciamento de riscos. **Objetivo:** Identificar o conhecimento dos enfermeiros atuantes na ESF sobre o tema SP. **Método:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória. Os participantes foram 20 enfermeiros atuantes na ESF em Cascavel-PR. Como estratégia para coleta de dados foi utilizado um roteiro semi-estruturado. As entrevistas foram gravadas, os áudios transcritos e enviados para validação dos participantes. O período da coleta de dados foi de julho a dezembro de 2021. Foi realizada análise de conteúdo com identificação de categorias temáticas com auxílio do software IRAMUTEQ. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e pesquisa com parecer nº 4.938.014. **Resultados:** Dos participantes 19 eram do sexo feminino e um masculino, com idades entre 24 e 51 anos, tempo de atuação na enfermagem de três a 31 anos e na APS de um a 29 anos, sete relataram que não tinham experiência de atuação hospitalar, dois atuavam em área rural e seis realizavam atividades assistenciais e administrativas. Foram elaboradas duas categorias e cinco subcategorias. A categoria um e suas subcategorias apresentaram que: no que se refere a SP os enfermeiros apresentaram dificuldade em compreender a dimensão do tema, mas relacionavam aos protocolos de SP. Tendo em vista que a entrevista foi realizada na pandemia, tornou-se imprescindível não citar as dificuldades enfrentadas nas elaborações de estratégias para SP principalmente com a suspensão das reuniões de equipe e dificuldades de comunicação. Foi unânime a falta de profissionais em todas as áreas principalmente do técnico de enfermagem. O trabalho em equipe é efetivo, mas apresenta fragilidades eminentes nas relações interpessoais. A categoria dois, demonstrou que erros ocorrem nesse cenário, dando destaque para administração de medicamentos e imunobiológicos. As notificações de incidentes eram vistas como punição e os enfermeiros desconhecem instrumentos padronizados para notificação. **Conclusão:** O processo de trabalho nesse cenário apresenta fragilidades para a SP. Ressalta-se a importância da aproximação do núcleo de SP para auxiliar nas atividades de educação permanente e incentivar a notificação dos incidentes.



## 26379 - MORTALIDADE EM IDOSOS DEVIDO A QUEDAS POR ESCORREGÃO, TROPEÇÃO OU PASSOS EM FALSO NO DOMICÍLIO

JOSÉ AUGUSTINHO MENDES SANTOS - UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA (UNB), HELAINE CARNEIRO CAPUCHO - UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA (UNB), AMUZZA AYLLA PEREIRA DOS SANTOS - UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS, JULYS DA FONSECA PALMEIRA - UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA (UNB), SORAYA MEDEIROS SILVA - UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS, VIVIANE OLIVEIRA LEMOS CANÇADO – UNB

**Introdução:** Queda é o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, que pode ser provocada por diversos fatores, resultando inclusive em morte. Devido a perda de massa muscular e problemas de equilíbrio e visão, os idosos são mais propensos a quedas e, por isso, são necessárias a realização de estudos com fins de traçar estratégias de prevenção. **Objetivo:** Descrever o perfil da mortalidade em idosos no Brasil devido a quedas por escorregão, tropeção ou passos em falsos no domicílio. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, com abordagem quantitativa, que utilizou dados secundários obtidos no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), sobre os óbitos em idosos do Brasil por quedas decorrentes de escorregão, tropeção ou passos em falsos (CID W01), de ocorrência domiciliar, no período de 2016 a 2020. As variáveis estudadas foram: número de óbitos, região de residência, sexo, faixa etária, escolaridade, cor/raça e estado civil. A coleta de dados ocorreu no mês de julho de 2022, após os dados, foram tabulados em planilha no Microsoft Excel e analisados por estatística descritiva. **Resultados:** No período em estudo, foram notificados no Brasil 1.101 óbitos de idosos por quedas decorrentes de escorregão, tropeção ou passos em falsos no domicílio, sendo o menor número de óbitos registrado no ano de 2016 (14,1%) e o maior no ano de 2020 (26,2%). Dentre as cinco regiões do Brasil, observou-se que a região Sul foi a responsável pelo maior número de óbitos (33,7%), seguida da região Nordeste (30,2%). Quanto ao perfil dos idosos, percebeu-se predominância do sexo feminino (57,9%). No que se refere a faixa etária, observou-se que a maioria dos óbitos se concentraram em uma faixa igual ou superior a 80 anos (73,1%). Em relação a cor/raça, 61% eram brancos, seguidos de pardos (31%). Ao analisar a escolaridade, observou-se que 79,7% possuíam até 7 anos de estudo. Quanto ao estado civil, 50,3% eram viúvos. **Conclusão:** Diante dos resultados, evidenciou-se uma tendência crescente do número de óbitos em idosos no Brasil decorrentes de escorregão, tropeção ou passos em falsos no domicílio. É necessário que a atenção primária em saúde, junto com outras instâncias, avalie o risco de quedas dos idosos e tracem estratégias de prevenção, que envolvam os familiares e/ou cuidadores, de modo a minimizar os riscos de quedas.

## 26001 - RELAÇÃO DA SEGURANÇA E QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA COM A FADIGA POR COMPAIXÃO EM ENFERMEIROS HOSPITALARES

ANA CLAUDIA ALCÂNTARA GARZIN - CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO, GIOVANA CALDAS PEREIRA - INSTITUTO DO CORAÇÃO - INCOR, KAWANY DE OLIVEIRA RODRIGUES DUARTE - HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, SAMARA GOMES RODRIGUES - HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ, CARLA MARIA MALUF FERRARI - CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO, IVONETE SANCHES GIACOMETTI KOWALSKI - CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO (SP)

**Introdução:** Enfermeiros que atuam na assistência hospitalar lidam constantemente com dor física e emocional, situações de alto grau de complexidade e gravidade, condições no ambiente de trabalho que os expõem às situações de sofrimento, medo, estresse e ansiedade que impactam na saúde mental e acabam desenvolvendo fadiga por compaixão. Trata-se de uma forma de sofrimento originada pela atividade laboral, cuja compaixão vivenciada pelos profissionais promove fadiga mental e física, que compromete a qualidade de vida, saúde e bem-estar do enfermeiro, bem como a segurança do paciente. **Objetivo:** Relacionar a qualidade da assistência e segurança do paciente com a fadiga por compaixão mensurada entre enfermeiros que atuam na assistência hospitalar. **Material e método:** Pesquisa quantitativa, correlacional, realizada entre maio e junho de 2021, com enfermeiros de três instituições hospitalares privadas de São Paulo. A coleta de dados ocorreu após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa sob o parecer nº 4.567.780, por meio de questionário eletrônico que contemplava a caracterização da amostra do estudo, assertivas relacionadas à qualidade assistencial e segurança do paciente e, para mensuração da fadiga por compaixão, utilizou-se o questionário ProQol-Br. **Resultados:** Participaram 414 enfermeiros, 319 (78%) do sexo feminino; 212 (51,7%) com 4 a 10 anos de atuação na instituição e 381 (92%) atuavam diretamente na assistência. Obtiveram-se correlações positivas entre índices elevados na dimensão de fadiga por compaixão do questionário ProQol-Br e aspectos relacionados à qualidade assistencial e segurança do paciente ( $p < 0,001$ ), nas quais os enfermeiros concordaram com a assertiva acerca da sobrecarga de trabalho dos profissionais de enfermagem aumentar a ocorrência de eventos adversos; concordaram também que deixaram de cumprir integralmente protocolos de qualidade e segurança do paciente devido à sobrecarga de trabalho e exaustão mental, o que pode resultar na assistência ineficiente, com repercussão nos desfechos e resultados assistenciais. **Conclusão:** A fadiga por compaixão pode prejudicar a qualidade de vida, saúde física e mental dos enfermeiros, além de estar relacionada com a menor adesão aos protocolos de qualidade e segurança do paciente e de favorecer o aumento da ocorrência de eventos adversos na assistência à saúde no ambiente hospitalar.

## 26297 - UTILIZAÇÃO DE INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO SITUACIONAL DA SEGURANÇA NA TERAPIA MEDICAMENTOSA EM FARMÁCIAS PÚBLICAS

ANA PAULA DE ALMEIDA QUEIROZ; PAULA CRISTINI PAULINO SILVA – FSERJ

**Introdução:** Na ocorrência de falhas de utilização, os medicamentos de alta vigilância (MAVs) possuem risco elevado de Eventos Adversos(EA) e de lesões permanentes ou fatais que podem elevar os custos associados ao cuidado com o paciente. Um desafio para a gestão em segurança do paciente tem sido a assimilação de que a causa dos EA é multifatorial e que a ocorrência pode resultar até de falhas de planejamento. Sendo assim, se faz mister obter instrumentos de identificação rápida e próxima a realidade para mitigar estas ocorrências. **Objetivo:** Implementar instrumento de avaliação da segurança da terapia medicamentosa em farmácias hospitalares públicas no RJ como ferramenta para a obtenção de indicadores da qualidade da Assistência Farmacêutica(AF). **Descrição da execução:** foi realizada no período de 18/03 à 28/03/2022 um questionário sobre estrutura, processo e resultados relativos a AF usando o aplicativo de gerenciamento de pesquisas do google que foi disponibilizado para preenchimento pelos farmacêuticos de 37 unidades pré-hospitalares e hospitalares do RJ sob gestão da FSERJ. **Análise crítica dos resultados:** Das unidades avaliadas 90% possuem e divulgam a lista de MAVs e 70% fazem dupla checagem de medicamentos nas etapas de prescrição, dispensação e administração de MAVs. Também foram avaliados indicadores como: número de farmacêuticos clínicos, monitoramento de EA com MAVs e tipos de serviços clínicos. Obteve-se respostas de 12 hospitais, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), CEDI (Rio Imagem) e 23 Unidades de Pronto Atendimento(UPAS) do RJ. Todos possuem farmacêuticos sem especialidade clínica que realizam serviços clínicos como dispensação e revisão da farmacoterapia mas não realizam conciliação medicamentosa e acompanhamento farmacoterapêutico. Existem diferentes controles dos MAVs como: limitação do acesso, sistema de cores e rotulagem. Todos realizam dupla checagem de MAVs na dispensação, recebimento e fracionamento dos MAVs. Não foram relatados erros de dispensação de MAVs.70% possuem indicadores para monitoramento de EA causados por MAVs. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade no cuidado:** As informações permitiram elaborar de um plano de educação permanente para a formação clínica dos farmacêutico uma vez que são essenciais para a prevenção de EA, implantar indicadores, POPs e o manual para prescrição, dispensação e uso seguro de medicamentos.

## **E – POSTER ESPECIAL**

**Trabalhos submetidos ao Prêmio Walter Mendes – 2ª Edição**

## 26235 - A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA FORTALECE O SUS: ATIVIDADES TÉCNICAS E CLÍNICAS QUE RESULTAM EM SEGURANÇA

ALAN MAICON DE OLIVEIRA - HOSPITAL ESTADUAL DE RIBEIRÃO PRETO, MARINA DEL VECCHIO FILIPIN - HOSPITAL ESTADUAL DE RIBEIRÃO PRETO, DÉBORA ALVES REIS - HOSPITAL ESTADUAL DE RIBEIRÃO PRETO, ALESSANDRO UETA - HOSPITAL ESTADUAL DE RIBEIRÃO PRETO, CAMILA CUBAYACHI - HOSPITAL ESTADUAL DE RIBEIRÃO PRETO, MARIANA HONORATO GIARDINI - HOSPITAL ESTADUAL DE RIBEIRÃO PRETO (SP)

**Introdução:** A evolução da profissão farmacêutica evidenciou as múltiplas facetas deste ofício, confirmando a missão do farmacêutico de ser um prestador de cuidados em saúde[1]. O cuidado farmacêutico, centrado na pessoa e também na disponibilização adequada do medicamento, é constituído por ações de gerenciamento em saúde[2]. O Terceiro Desafio Global para Segurança do Paciente anunciou o objetivo de assegurar a prescrição de medicamentos de maneira apropriada, ou seja, baseada nas melhores evidências disponíveis e, assim, os serviços farmacêuticos, pertencentes às dimensões clínico-assistencial e técnico-pedagógica, são práticas essenciais para atingir essa meta[3]. **Objetivos:** Relatar a experiência da prática de serviços farmacêuticos oferecidos em um hospital do Sistema Único de Saúde (SUS) e descrever os desfechos alcançados pelas atividades técnicas e clínicas realizadas. **Descrição da execução:** O Complexo Hospital Estadual de Ribeirão Preto (HERibeirão) “Prof. Dr. Carlos Eduardo Martinelli” atende exclusivamente aos usuários do SUS e foi idealizado especificamente para prestar serviços de saúde de média complexidade, trabalhando em constante parceria com o Departamento Regional de Saúde XIII, de onde os pacientes vêm referenciados e, sendo, então, suporte para 25 municípios vizinhos de Ribeirão Preto (SP). Na instituição são prestados serviços de assistência hospitalar e ambulatorial nas seguintes especialidades: Enfermaria - Clínica Médica e Cirúrgica; Ambulatório - Cirurgia Geral/Gastrocirurgia, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Plástica, Cirurgia Vascular, Oftalmologia, Proctologia, Odontologia, Urologia, Otorrinolaringologia e Dermatologia Cirúrgica; Exames – Nasofibroscopia, Endoscopia, Colonoscopia, Ultrassonografia, Ecocardiografia; Centro Integrado de Reabilitação – Audiometria, Logoaudiometria, Imitanciometria, Audiometria de Alta Frequência, Avaliação do Processamento Auditivo Comportamental. O hospital é constituído por 50 leitos e, no ano de 2020, foram realizadas mais de 33.000 consultas médicas e cerca de 1.300 internações. O hospital é acreditado (nível II) pela Organização Nacional de Acreditação (ONA). Na entidade está institucionalizado o serviço de assistência farmacêutica, executado por nove farmacêuticos e uma auxiliar de farmácia. A farmácia realiza desde serviços técnicos e operacionais até os serviços clínicos direcionados aos pacientes e norteados pela prática de saúde embasada em evidências e pelo cuidado centrado na pessoa. O relato do cotidiano do setor será, então, detalhado, haja vista que as atividades realizadas constituíram essa experiência exitosa no SUS. A farmácia recebe a prescrição médica por meio de sistema informatizado de prontuário eletrônico. Nesse ato também já acontece à revisão inicial da prescrição, com a avaliação, por exemplo, da função renal do paciente e adequação de doses, análise do uso de anticoagulantes orais e de exames de triagem da coagulação, interações medicamentosas, bem como análise de compatibilidade de vias de administração. Em casos de não conformidades, é realizado contato direto com a equipe médica ou é feito anotação de alerta no prontuário. Após, os medicamentos são devidamente separados e a entrega é registrada no sistema por meio de códigos de barras / QR code. Todos os medicamentos são etiquetados com método de identificação informatizado, os medicamentos classificados como potencialmente perigosos são alocados em uma embalagem como coloração diferente, e contendo a descrição do fármaco, código interno, lote, validade e fabricante (Figura 1). A partir da prescrição do paciente, são geradas “fitas” que separam a administração por horários e as mesmas condicionam a farmacoterapia diária das pessoas que estão internadas no hospital (Figura 2). As

"fitas" são dispensadas para a equipe de enfermagem, a cada 12 horas e com as orientações necessárias, ressaltando que não existe estoque nas enfermarias. Além disso, a equipe da farmácia também organiza os kits destinados para a realização de exames complementares no hospital (endoscopia, colonoscopia e procedimentos dermatológicos), assim como as caixas de medicamentos destinados à prática cirúrgica (Figura 3). No que se referem os serviços clínicos farmacêuticos, que também são contemplados na instituição, o acompanhamento farmacoterapêutico se dá por busca ativa, por meio de critérios de elegibilidade, levando em consideração as demandas que o paciente apresenta no início e no decorrer da internação, ou por pedidos de interconsultas efetuados pela equipe multiprofissional. Na admissão dos indivíduos que passarão por internação, é realizada a reconciliação de medicamentos, a fim de certificar os medicamentos de uso domiciliar e de garantir a segurança na transição de cuidado. Ademais, é investigado o uso prévio de medicamentos não padronizados no hospital. Nestes casos, os farmacêuticos verificam se o paciente possui quantidade suficiente para fazer o uso durante a internação ou se será necessário efetuar a compra dos mesmos. A reconciliação é registrada no prontuário, atestando que não houve omissões na prescrição médica hospitalar. A revisão da farmacoterapia, que já havia sido iniciada na dispensação, é continuada, avaliando diariamente a farmacoterapia quanto à necessidade, adesão, efetividade e segurança dos medicamentos. Os dados associados aos exames laboratoriais, uso de sonda enteral, interações e reações adversas embasam as intervenções farmacêuticas e todo o procedimento é relatado em prontuário, em um campo específico para a evolução farmacêutica. A avaliação do acompanhamento farmacoterapêutico, de maneira integral, resulta em um plano de cuidado com condutas e orientações farmacêuticas, que são pactuadas com a equipe de saúde e com o paciente. São elencados indicadores de resolução ou de acompanhamento dos problemas encontrados e, da mesma forma, são definidos os períodos de reavaliação. A equipe da farmácia também participa de reuniões da equipe multidisciplinar para discussão de casos clínicos e, também, de demais comissões existentes no hospital (farmácia e terapêutica; segurança do paciente e entre outros).

**Análise crítica dos resultados:** A Tabela 1 resume os indicadores dos serviços clínicos e intervenções técnicas realizados pela farmácia no ano de 2021. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** A Organização Mundial da Saúde (OMS) defende que a inclusão dos farmacêuticos nas equipes de saúde é essencial para melhorar as condições de saúde da população[1]. O cuidado farmacêutico, conforme sugerido por este relato de experiência de vida real, pode reduzir danos e promover o uso racional de medicamentos. As intervenções farmacêuticas têm potencial para reduzir a morbimortalidade e, portanto, são estratégias que resultam na redução de agravos causados pela farmacoterapia.

**26074 - A INFLUÊNCIA DA ACREDITAÇÃO NA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE**

MARISA DIAS VON ATZINGEN - INSTITUTO DE RESPONSABILIDADE SOCIAL SÍRIO-LIBANÊS, ADOLFO MARTIN DA SILVA - INSTITUTO DE RESPONSABILIDADE SOCIAL SÍRIO-LIBANÊS, ANTÔNIO CARLOS MADEIRA DE ARRUDA - INSTITUTO DE RESPONSABILIDADE SOCIAL SÍRIO-LIBANÊS, LUCIANA BOTELHO DOS SANTOS - INSTITUTO DE RESPONSABILIDADE SOCIAL SÍRIO-LIBANÊS, RAQUEL DE FÁTIMA LICHY - INSTITUTO DE RESPONSABILIDADE SOCIAL SÍRIO-LIBANÊS, TAIS MAIARA MARQUES - INSTITUTO DE RESPONSABILIDADE SOCIAL SÍRIO-LIBANÊS (SP)

**Introdução:** No início deste século, o Instituto de Medicina (IOM) dos Estados Unidos da América (EUA), passou a incorporar “segurança do paciente” como um dos seis atributos da qualidade, com a efetividade, a centralidade no paciente, a oportunidade do cuidado, a eficiência e a equidade.<sup>1</sup> Uma das formas de melhorar a segurança do cuidado em saúde é desenvolver uma cultura de segurança, visto que mudanças na cultura e no processo de trabalho relacionam-se diretamente com a redução dos riscos inerentes à prestação da assistência - um sistema complexo de relações passíveis de erros e/ou eventos adversos.<sup>2</sup> Define-se como Cultura de Segurança do Paciente (CSP) o conjunto de valores, atitudes, percepções e competências individuais ou grupais que determinam o empenho das instituições voltado para práticas seguras.<sup>3</sup> Para isso, é importante que as organizações de saúde tenham suas estruturas dimensionadas e desenhadas para atender o perfil e as demandas existentes, organizem e entendam a interdependência dos processos internos que a compõem, para alcançarem seus resultados. A acreditação, por sua vez, é uma metodologia de avaliação externa da qualidade e consiste em um sistema de verificação de caráter voluntário em sua contratação, para determinar a conformidade com um conjunto de padrões, avaliando os componentes de estrutura, processo e resultado, e a relação entre eles, contribuindo assim para a consolidação da cultura de segurança do paciente. **Objetivo:** Avaliar a influência da acreditação para os serviços de saúde, através dos resultados obtidos na pesquisa de CSP em 3 hospitais de nível terciário, localizados no Estado de São Paulo. **Descrição da execução:** O estudo foi realizado em 3 hospitais públicos (Hospital 1, Hospital 2 e Hospital 3), que a partir de 2017, começaram a estruturar seus processos de trabalho com intuito de buscar a acreditação pela metodologia ONA (Organização Nacional de Acreditação). Na Figura 1, pode-se observar a capacidade, o público e o perfil de atendimento de cada hospital, assim como a evolução da acreditação. Durante os 31 dias do mês de março, dos anos de 2017, 2018 e 2021, os colaboradores celetistas dos Hospitais 1, 2 e 3 responderam ao questionário Hospital Survey On Patient Safety Culture (HSOPSC), da Agency Healthcare Research and Quality (AHRQ), traduzido e validado para a língua portuguesa por Reis.<sup>(4)</sup> Esses dados estão demonstrados na Tabela 1. O questionário HSOPSC<sup>(4)</sup> foi disponibilizado na plataforma RedCap e encaminhado para o endereço eletrônico dos participantes. Para facilitar o acesso ao questionário, o link também ficou disponível na área de trabalho dos computadores dos estabelecimentos de saúde. Os critérios de inclusão foram: colaboradores CLT para os anos de 2017 e 2018, colaboradores CLT e terceiros para o ano de 2021, presentes e disponíveis no período da coleta de dados. O HSOPSC abrange nove sessões com 42 itens estruturados em 12 dimensões da cultura de segurança do paciente. As sete dimensões iniciais abordam aspectos da cultura de segurança do paciente nas unidades hospitalares: D1 – trabalho em equipe na unidade; D2 – expectativas e ações de promoção da segurança do paciente do supervisor/chefe; D3 – aprendizado organizacional, melhoria contínua; D4 – feedback e comunicação a respeito de erros; D5 – abertura para comunicações; D6 – profissionais; D7 – respostas não punitivas aos erros. As três dimensões seguintes abordam questões no âmbito da organização hospitalar: D8 – apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente; D9 – trabalho em equipe entre as unidades do hospital; D10 – transferências internas e passagens de plantão. As duas últimas dimensões são de resultado: D11 – percepção geral de segurança do paciente; D12 – frequência de eventos relatados.<sup>(4)</sup> A AHRQ define

os pontos fortes e fracos na cultura de segurança do paciente baseada no somatório de respostas positivas nos itens ou dimensões do instrumento. São consideradas áreas fortes da cultura de segurança do paciente aquelas dimensões cuja média de pontuação dos itens escritos positivamente obteve 75% de respostas positivas ou aquelas cuja média de pontuação dos itens escritos negativamente obteve 75% das respostas negativas. De modo semelhante, áreas frágeis da cultura de segurança do paciente e que necessitam de melhoria são consideradas aquelas dimensões que obtiveram 50% ou menos de respostas positivas.<sup>4</sup>

**Análise crítica dos resultados:** Pode-se observar a evolução expressiva dos resultados da pesquisa de cultura de segurança nos 3 momentos mencionados. Referente ao hospital 1 conclui-se que em 7 domínios houve uma melhora na porcentagem positiva das respostas ao longo dos anos. No hospital 2, verificou-se melhora em 10 domínios, enquanto no hospital 3, 8 domínios apresentaram melhora da porcentagem positiva. Vale citar como exemplo alguns domínios que compõem a CSP de acordo com o HSOPSC e que apresentaram resultados positivos nos 3 hospitais ao longo do tempo, sendo eles, trabalho em equipe, aprendizado organizacional, apoio da gestão para a segurança do paciente, feedback e comunicação sobre o erro e transferência de informações. Na Figura 2, observa-se os resultados da pesquisa de cultura de segurança do paciente aplicada nos hospitais, e em seguida, na Tabela 2, encontram-se descritos os domínios identificados como pontos fortes e oportunidades de melhoria de cada hospital.

**Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** Os resultados apontam que a CSP evoluiu positivamente no decorrer dos anos. Essa avaliação nos permite estabelecer uma relação entre o início das adequações das unidades para acreditação e a melhoria dos processos, da gestão de risco e da gestão da qualidade. Como consequência, essa melhoria promoveu a alteração dos padrões de trabalho entre as equipes, assim como a convivência e comunicação entre elas. Conclui-se assim, que a evolução da CSP acompanhou a implantação e ascensão da acreditação nesses hospitais.



## 26386 - AÇÕES DE MELHORIA IMPLEMENTADAS APÓS ERROS E INCIDENTES OBSERVADOS NA IMUNIZAÇÃO CONTRA COVID-19

LARISSA SOUSA SAMPAIO NOGUEIRA - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, CAMILA EMANUELLE SILVA DE ARAUJO - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, STHEFANI DAMASCENO DE OLIVEIRA TOSTES PEREIRA - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, ANA BARBOSA RODRIGUES - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FRANCISCO JOSE DA SILVA - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, ROBERTA MENESES OLIVEIRA - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

**Introdução:** O Brasil possui o maior programa de imunização do mundo, sendo reconhecido nacional e internacionalmente.<sup>1</sup> Ao atingir elevadas coberturas vacinais, além de reduzir casos de doença na população-alvo estabelecida para a vacinação, contribui para diminuir a circulação de agentes infecciosos nas comunidades, impactando positivamente na saúde daqueles que não serão vacinados, uma vez que passam a estar protegidos indiretamente.<sup>2</sup> Nesse contexto, a segurança do paciente é tema necessário e relevante para ser abordado no contexto da pandemia de COVID-19, e, particularmente, na imunização, pois erros e incidentes nesse processo têm sido observados e divulgados pela mídia, além de haver sub-registro destes no âmbito da prevenção e do tratamento. São diversos os fatores que contribuem para os erros de imunização, tais como: diferentes vacinas existentes, fabricantes e doses; elevada demanda; administração do imunizante em drive thru e vacinação extramuros; alta rotatividade de recursos humanos, especialmente nas equipes que apresentam condições de trabalho precarizados. Por este motivo, torna-se fundamental o adequado dimensionamento e treinamento de profissionais para a prática da vacinação segura. Diante do exposto, questionou-se: quais as ações de melhoria implementadas por profissionais de enfermagem diante da ocorrência de erros e incidentes relacionados à vacinação contra a covid-19 em seus postos de trabalho? **Objetivo:** investigar as ações de melhoria implementadas por profissionais de enfermagem diante de erros e incidentes observados no processo de imunização contra covid-19. **Método:** pesquisa de métodos mistos, com desenho sequencial explanatório, caracterizado pela coleta e análise de dados quantitativos na fase 1, seguida pela coleta e análise de dados qualitativos na fase 2.<sup>3</sup> Este resumo abrange os resultados da fase 1, especificamente relacionados ao que os participantes referiram sobre atitudes tomadas após identificação de erros e/ou incidentes na imunização covid-19. Participaram 87 trabalhadores de enfermagem que atuaram na campanha de imunização covid-19 entre janeiro de 2021 a abril de 2022, no Ceará. Aplicou-se formulário online (google forms), no período de maio e junho de 2022, contendo 30 questões sobre segurança do paciente na imunização covid-19. Os dados foram processados no programa Excel, analisadas frequências relativa e absoluta, bem como as respostas dos participantes a questões abertas. As ações de melhoria foram categorizadas segundo a Classificação Internacional para a Segurança do Paciente. Tratam-se de ações empreendidas ou circunstâncias alteradas para tornar melhor ou compensar qualquer dano depois de um incidente. As ações de melhoria aplicam-se à organização (revisão de casos, “debriefing”, mudança de cultura, gestão de reclamações), ao profissional (treinamentos, orientações) e ao paciente (a gestão clínica de uma lesão, o pedido de desculpas). A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética em pesquisa (parecer nº5373628/2021). **Resultados:** Dos 87 participantes, 65 eram enfermeiros (74,7%), 20 técnicos de enfermagem (22,9%) e dois auxiliares de enfermagem (2,2%). Pouco mais da metade da amostra, 45 (51,7%), relatou ter presenciado erros e incidentes na imunização covid-19. Os principais incidentes observados foram na fase de processo, relacionados a: aprazamento de dose (26 relatos); administração de imunizante (erros envolvendo paciente errado, idade errada, dose errada, via errada, vacina errada, local de administração errado (13 respostas); preparo do imunizante (extravasamento, perda do imunizante, troca de frasco, dentre outros) (15 respostas); e 18 relatos de erros de registro. Os erros/não conformidades incluíram diferentes imunizantes na mesma caixa

térmica, aproveitamento de imunizantes de frascos diferentes para compor uma dose da vacina, imunizante administrado em usuário fora da faixa etária ou público-alvo. Diante destes eventos, 36 participantes referiram as ações de melhoria implementadas, e apenas sete citaram mais de uma atitude tomada. Em nove respostas, porém, não foi especificada qual ação de melhoria implementada. 28 participantes referiram ações voltadas à organização, sendo: 16 ações relacionadas à comunicação do erro ou incidente (8 notificações, 3 comunicações a outros setores como rede de frios e imunização, 2 compartilhamentos/contato com a coordenação, 1 registro em documento interno e 2 solicitações de setores relacionados à segurança do profissional); 5 atitudes relacionadas à reorganização do processo e fluxos; 9 ações direcionadas aos profissionais (2 relacionadas a treinamento, 6 relacionadas ao diálogo e/ou orientações e 1 relacionada a conscientização); e 15 atitudes direcionadas ao paciente (6 relacionadas a observação/monitorização, 8 diálogos e 1 relacionada à convocação do paciente). **Discussão:** Diante do erro ou incidente, a conduta adequada do profissional é imprescindível na prevenção de complicações do paciente a ser imunizado, principalmente com imunobiológicos, como as vacinas contra COVID-19, que envolvem fake news e hesitação vacinal no mundo todo. Os resultados mostraram que a atitude de comunicar o erro ou incidente esteve presente nas respostas dos formulários. Tal atitude é considerada correta e ética e revela responsabilidade e noção de dever por parte dos profissionais.<sup>4</sup> Vale ressaltar que eventos adversos pós vacina graves relacionados aos erros de imunização são difíceis de acontecer, assim, os benefícios da vacinação são consideravelmente maiores do que os problemas que provavelmente possam acontecer.<sup>5</sup> No entanto, vários desses eventos podem ser evitados se as unidades de saúde promoverem atendimentos e serviços eficazes que supervisionam e promovem práticas seguras, incluindo atitudes seguras tomadas diante dos erros e incidentes no processo de imunização.<sup>6</sup> **Conclusão:** as ações de melhoria empreendidas após erros e incidentes na imunização covid-19 tiveram foco na instituição/órgão, no profissional, no processo e no paciente. A equipe de enfermagem tem atuado na imunização contra covid-19 desde a descoberta da vacina, sendo a principal categoria responsável pelo planejamento, execução e avaliação do processo. Contudo, para garantir o sucesso da imunização, é importante que boas condutas sejam tomadas quando erros ou incidentes acontecem durante o processo. Por se tratar do risco envolvendo a vida humana, atitudes que minimizem ocorrências de falhas devem ser tomadas, focando na segurança do paciente e na redução de danos decorrentes do processo de imunização.

**26342 - APRENDIZADO BASEADO EM PROBLEMAS: ESTRATÉGIA PARA MELHORIA DA SEGURANÇA DO PACIENTE EM SALA DE VACINA**

ROCHELLE RUFINO COSTA - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE – UFRN – PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE (PPGQUALISAÚDE), VILANI MEDEIROS DE ARAÚJO NUNES - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE – UFRN – PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE (PPGQUALISAÚDE), SUSANA CECAGNO - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE – UFRN – PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE (PPGQUALISAÚDE), ANA ELZA OLIVEIRA DE MENDONÇA - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE – UFRN – PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE (PPGQUALISAÚDE), VIVIANE PEIXOTO DOS SANTOS PENNAFORT - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE – UFRN – PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE (PPGQUALISAÚDE), SUSANE DE FÁTIMA FERREIRA DE CASTRO - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE – UFRN – PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE (PPGQUALISAÚDE)

**Introdução:** A sala de vacina é uma área semicrítica e todos os procedimentos desenvolvidos devem promover a máxima segurança ao usuário. A educação permanente em saúde é apontada como importante estratégia para a garantia de qualidade e segurança neste ambiente. Dentre as metodologias de aprendizagem ativa, a abordagem baseada em problemas surge como destaque pela valorização do desenvolvimento de competências profissionais a partir da prática e experiência prévia. **Objetivo:** Descrever a experiência realizada com a equipe de enfermagem para melhoria da adesão às boas práticas de segurança do paciente em sala de vacina. **Descrição da execução:** A partir da identificação de falhas no processo de trabalho nas salas de vacina de uma capital nordestina que comprometiam a segurança dos usuários foi idealizada a realização de oficinas de capacitação entre os profissionais de enfermagem que atuam no setor. As atividades foram desenvolvidas em dezembro de 2021, em três encontros, com abordagem dos temas: segurança do paciente e eventos adversos, processo de trabalho em sala de vacina, imunização e calendário vacinal. Os encontros foram conduzidos por enfermeiras da Atenção Primária em Saúde com exposição dialogada teórica do tema, seguido de análise e problematização das falhas de segurança identificadas e discussão entre os participantes, como proposto pela abordagem baseada em problemas. **Resultados:** Foram capacitados 33 profissionais entre técnicos de enfermagem e enfermeiros. **Análise crítica dos resultados:** O treinamento permitiu a reflexão das práticas desenvolvidas com aumento na percepção do risco de dano e melhoria na adesão às boas práticas de segurança por parte dos profissionais. As discussões contribuíram, ainda, para o redesenho dos processos de trabalho, além de sugestões de atualização dos protocolos institucionais. Aponta-se como dificuldade a pouca familiaridade dos profissionais com o tema segurança do paciente. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade no cuidado:** A adoção da problematização como estratégia de educação permanente favoreceu a discussão das fragilidades encontradas, com troca de experiências, tornando a aprendizagem significativa. Destaca-se a inclusão e discussão do tema qualidade e segurança do paciente no âmbito da Atenção Primária à Saúde ainda incipiente neste nível de atenção à saúde.

## 26425 - AVALIAÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE NO USO DE MEDICAMENTOS EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

CECÍLIA OLÍVIA PARAGUAI DE OLIVEIRA SARAIVA - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, MICLÉCIA DE MELO BISPO - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, MONISE DE MELO BISPO - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, MARIA EDUARDA ARAÚJO DA SILVA LIMA - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, ANDRESSA CRISTINA GOMES DA SILVA - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, VIVIANE EUZÉBIA PEREIRA SANTOS - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

**Introdução:** A administração de medicamentos é uma intervenção rotineiramente utilizada na prática clínica. Apesar disso, seu uso oferece riscos, principalmente quando relacionado a um manejo inadequado da droga ou erro cometido durante a prescrição, transcrição, dispensa, administração ou monitorização<sup>(1)</sup>, de modo a comprometer a segurança do paciente. Os pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal estão entre os mais vulneráveis devido a sua imaturidade fisiológica, impossibilidade de comunicação verbal para emissão de alerta em caso de algum sintoma vivenciado e dificuldades acerca da determinação de dosagens farmacológicas a partir de sua proporção corporal<sup>(2)</sup>. Dessa forma, mediante a complexidade no processo de medicação na atenção neonatal, e a necessidade de prevenir danos relacionados ao uso de medicamentos, torna-se essencial a avaliação de serviços quanto a essas questões<sup>(3)</sup>. **Objetivo:** Avaliar a segurança do paciente no uso de medicamentos em unidades de terapia intensiva neonatal do Rio Grande do Norte. **Métodos:** Trata-se de um estudo quase-experimental, do tipo antes-depois com intervenção, para análise dos itens referentes ao uso seguro de medicamentos em neonatologia. A população correspondeu a quatro hospitais com Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (Hospital 1 público/federal; Hospital 2 público/estadual; Hospital 3 privado; Hospital 4 filantrópico) e como amostra os profissionais e o processo de trabalho dessas unidades. O estudo é um recorte de uma tese de doutorado do programa de pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. A coleta de dados ocorreu de janeiro à julho de 2019 com duas avaliações que analisaram a presença ou ausência das variáveis: 1) Existência de protocolo de uso de medicamentos em recém-nascidos 2) Utilização de etiquetas de identificação em extensores parenterais 3) Medicamentos dispensados pela farmácia de acordo com a prescrição médica 4) Utilização de sistema de controle de rastreabilidade e validade do medicamento 5) Medicamentos dispensados prontos para uso ou em doses unitárias 6) Os medicamentos armazenados no refrigerador possuem identificação quanto a data de abertura do frasco e tempo de estabilidade 7) Lista de medicamentos de alta vigilância com orientação das ações preventivas de incidentes relacionadas a esses medicamentos 8) Alertas ou etiquetas específicas para os medicamentos de alta vigilância utilizados na unidade 9) Sistemas de alerta para alergias 10) Padronização quanto a incompatibilidade das drogas 11) Os medicamentos já preparados são identificados com rótulos impressos ou manuais 12) As soluções parenterais infundidas em bomba de infusão ou bomba de seringa estão identificadas com rótulos 13) É realizada dupla checagem pela equipe de enfermagem antes da administração dos medicamentos. A intervenção foi realizada após a primeira avaliação com apresentação e discussão dos resultados obtidos e um ciclo de treinamento em serviço com comprometimento das lideranças. Três meses após a intervenção ocorreu a segunda avaliação. Os dados foram analisados pela estatística descritiva, foi verificado o percentual de conformidades dos itens e apresentado por meio de gráfico de Pareto. A pesquisa recebeu aprovação do comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte sob o CAAE 64879717.4.0000.5537. **Resultados:** O percentual geral de conformidade dos itens nas duas avaliações permitiu identificar fragilidades e fortalezas nos serviços considerados. Observou-se que houve melhoria em todas as unidades após a intervenção, representada pelo aumento de

conformidade dos itens em 7,7% no Hospital 1 (antes 38,4%, depois 46,1%), 23,1% no Hospital 2 (antes 15,4%, depois 38,5%), 15,4% no Hospital 3 (antes 76,9%, depois 92,3), e 15,4% no Hospital 4 (antes 46,1%, depois 61,5%). O Hospital 3 apresentou 12 dos 13 itens em conformidade após a intervenção. Observou-se melhoria no percentual de conformidade para as variáveis 1, 2, 3, 8, 9, 11 e 13 (61,5% dos itens avaliados). O item “Os medicamentos armazenados no refrigerador possuem identificação quanto a data de abertura do frasco e tempo de estabilidade” não apresentou conformidade antes e após a intervenção nos quatro hospitais analisados. Apenas um item (“As soluções parenterais infundidas em bomba de infusão ou bomba de seringa estão identificadas com rótulos”) apresentou 100% de conformidade antes e após a intervenção. **Discussão:** A análise dos resultados evidenciou disparidades entre as Unidades de Terapia Intensiva Neonatais estudadas, visto que, dos quatro hospitais avaliados, apenas um já se encontrava com um quantitativo considerável de boas práticas de segurança do paciente relacionadas à terapia medicamentosa em conformidade. Isso demonstra a presença de uma cultura de segurança mais fortalecida em alguns serviços hospitalares<sup>(4)</sup>. Todavia, algumas unidades ainda apresentam fragilidades mesmo após a intervenção, relacionadas principalmente à falta de disponibilidade de uma lista de medicamentos de alta vigilância com orientação das ações preventivas de incidentes relacionados a esses medicamentos e o armazenamento de drogas em refrigeradores sem a identificação da data de abertura, o que sugere a necessidade de priorizar ações de melhorias à esses itens de forma sistemática<sup>(5)</sup>. À vista disso, observa-se a importância de intervenções frequentes no processo de medicação para essa população, uma vez que após as intervenções, foram percebidas melhorias em todas as unidades. **Conclusão:** O estudo permitiu identificar oportunidades de melhoria para um uso seguro de medicamentos em neonatologia. As avaliações seguidas de uma intervenção multifacetada surtiram efeitos maiores ou menores em oito variáveis de forma positiva, de modo a impulsionar a realização de boas práticas no uso de medicamentos, evidenciado pela redução das inadequações em todas as unidades. Um dos processos que necessita ser reavaliado é o da identificação correta dos medicamentos refrigerados que apresentou falhas mesmo após a intervenção. Assim, com serviços caracterizados por fragilidades e potencialidades pode-se inferir que a avaliação contínua, juntamente com intervenções de melhoria programadas podem oportunizar qualidade e segurança na assistência aos pacientes.

**26236 - CUIDADO “FARMA-SUS-CÊUTICO”: ESTRATÉGIA DE SEGURANÇA EM SAÚDE E UMA FERRAMENTA PARA MATERIALIZAÇÃO DO SABER**

ALAN MAICON DE OLIVEIRA - FACULDADE DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS DE RIBEIRÃO PRETO, UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (USP), JOÃO PAULO VILELA RODRIGUES - FACULDADE DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS DE RIBEIRÃO PRETO, UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (USP), BARBARA FALASCHI ROMEIRO - FACULDADE DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS DE RIBEIRÃO PRETO, UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (USP), NEREIDA KILZA DA COSTA LIMA - FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO, UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (USP), FABIANA ROSSI VARALLO - FACULDADE DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS DE RIBEIRÃO PRETO, UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (USP), LEONARDO RÉGIS LEIRA PEREIRA - FACULDADE DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS DE RIBEIRÃO PRETO, UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (USP)

**Introdução:** A população idosa caracteriza-se por polimorbidade e uso de polifarmácia ( $\geq 5$  medicamentos), carece de cuidado proativo, integrado e centrado na pessoa<sup>(1)</sup>. O Terceiro Desafio para Segurança do Paciente objetiva a redução da polifarmácia desnecessária e incentiva à prescrição de medicamentos baseada nas melhores evidências<sup>(2)</sup>. A Organização Mundial da Saúde (OMS) concorda que a inclusão do Cuidado Farmacêutico (CF) à prática da equipe multidisciplinar é essencial para melhorar os desfechos em saúde<sup>(3)</sup>. **Objetivos:** Descrever os impactos da implantação do CF na geriatria de um hospital do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como relatar a fusão alcançada entre o ensino e a prática. **Descrição da execução:** O Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP) é de alta complexidade, referência para a região nordeste do Estado e é constituído por 887 leitos de internação, sendo 16 destinados para a geriatria. A equipe de saúde desta unidade era integrada por médicos, enfermagem, nutricionistas, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e psicólogo. No início de 2020, foi proposto a implantação do CF na geriatria (Figura 1) e era o projeto de pesquisa de um doutorando da Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto (FCFRP-USP). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE: 99298718.1.0000.5403 e 99298718.1.3001.5440) e foi protocolado no portal de Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos (Registro: RBR-34f2px4). Realizou-se reunião com a equipe multidisciplinar da unidade, para expor o propósito do serviço e obter a concordância dos mesmos. As ações do CF visam prevenir ou solucionar os problemas relacionados à farmacoterapia (PRF). Há, neste processo, a responsabilização da equipe de saúde e da pessoa assistida. O serviço abrange o acompanhamento farmacoterapêutico, incluindo a conciliação de medicamentos e a revisão da farmacoterapia (Figura 2). Durante a conciliação de medicamentos verifica-se, por meio de duas fontes confirmatórias, os medicamentos de uso prévio, com o intuito de estabelecer segurança na transição do cuidado. A revisão da farmacoterapia contempla a identificação de PRF durante toda a hospitalização (Figura 3). Esses procedimentos são conduzidos por ferramentas da prática em saúde baseada em evidências (Figura 4). Além disso, são realizadas ações de educação em saúde (Quadro 1). Durante a alta hospitalar, o farmacêutico orienta o idoso ou o familiar/cuidador sobre o uso dos medicamentos em domicílio, levando em conta a história pregressa. O CF na geriatria dispõe de uma equipe composta por dois farmacêuticos que estão na prática (oito horas/dia em cinco dias/semana) e outros dois supervisores docentes da FCFRP-USP. O CF na geriatria também é uma estratégia de aprendizagem de estágio curricular supervisionado (ECS) dos graduandos em farmácia. Iniciado em julho de 2021, o ECS é estruturado em capacitação teórica e acompanhamento do serviço. Os estudantes experienciam o método do raciocínio clínico e contribuiu-se para o desenvolvimento de competências em farmácia clínica. **Análise crítica dos resultados:** Mais de 150 idosos já passaram pelos serviços do CF. Por meio de um recorte de amostra aleatória, serão retratados aqui os desfechos experimentados por 60 indivíduos. Predominou-se o gênero feminino

(n=36; 60%) e a idade (em média) de 76 anos. Cada indivíduo apresentava, aproximadamente, seis problemas de saúde e prevaleceram as enfermidades do sistema circulatório (n=85; 24,1%). A maioria dessas pessoas fazia uso de polifarmácia antes da internação (n=56; 93,3%). Verificou-se que 52 idosos (86,7%) estavam em uso de, ao menos, um medicamento potencialmente inapropriado (MPI), predominando a utilização da classe dos antidepressivos, e esses casos foram categorizados como clinicamente relevantes em 32 deles (61,5%), ou seja, configuravam episódios em que havia evidências laboratoriais ou clínicas de que os MPI estariam agravando a condição de saúde. Reações adversas a medicamentos (RAM) foram confirmadas em 11 eventos e 7 eram de gravidade moderada (63,6%), sendo que nos casos graves (n=3; 27,3%) a RAM foi o motivo da hospitalização ou do prolongamento dela. Considerando os erros de medicação (EM), os mesmos foram detectados em 43 participantes (71,7%) e um total de 72 EM foram identificados. A maioria era relacionada com interações medicamentosas clinicamente significativas (n=42; 58,3%) e omissões de medicamentos na prescrição (n=12; 16,7%). A interação de agentes atuantes no sistema nervoso central (SNC) foram as mais frequentes, representando maior risco de quedas e de adversidades associadas à sedação. Cada problema identificado pelo CF gerou uma recomendação farmacêutica (n=115) e alcançou-se uma taxa de aceitação de 85,2%. As intervenções buscavam prevenir danos ou impedir efeitos adversos e foram classificadas como muito significativas (n=63; 54,8%). Observou-se média de 10 dias de permanência hospitalar e cinco óbitos (8,3%) durante a internação. Treze idosos reinternaram em até 90 dias após a saída do hospital. Houve evidência de associação entre uso de polifarmácia no início da internação e indivíduos que apresentaram PRF (p=0,03). Constatou-se que, em média, o número de medicamentos em uso na alta hospitalar ( $6,0 \pm 3,5$ ) foi menor que a quantidade de medicamentos que eram utilizados, por cada um, na admissão ( $8,9 \pm 2,9$ ) na geriatria (diferença média = 2,8;  $p < 0,0001$ ), o que configura um desfecho positivo relacionado à desprescrição. Consequentemente, concluiu-se que os PRF estavam associados ao uso de polifarmácia antes da internação e, por outro lado, o CF contribuiu para a desprescrição de medicamentos na alta hospitalar. Portanto, o CF promoveu melhorias nesse cenário. Além dessa avaliação, também foi analisado o impacto alcançado nos alunos de farmácia que estavam em ECS na enfermagem nesse período. Um questionário foi respondido, por meio da escala Likert, para avaliar as percepções dos estagiários. Todos os estudantes (n=15) “concordaram totalmente” que o estágio na geriatria foi relevante para a formação profissional. Os critérios “muito satisfeito” (n=10) e “satisfeito” (n=5) representaram o grau de satisfação dos estagiários. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade no cuidado:** Apresentamos uma experiência exitosa de vida real relacionada à inserção do CF ao serviço da equipe de saúde do SUS. Houve implicações importantes para a prática clínica, o CF promoveu o uso adequado de medicamentos e a melhora da qualidade de vida das pessoas por meio da prática da saúde baseada em evidências. Nosso serviço inclui todas as áreas prioritárias do Desafio Global para a Segurança do Paciente. Há implicações para a prática interdisciplinar, pois o CF é um importante apoio aos demais profissionais. O trabalho em equipe e as condutas baseadas em decisões compartilhadas favorecem a oferta de cuidados em saúde mais humanizados e qualificados (Figura 5).

## 26224 - DESEMPENHO HOSPITALAR E OCORRÊNCIA DE CONDIÇÕES ADQUIRIDAS ATRAVÉS DO DIAGNOSIS RELATED GROUP

BÁRBARA RIBEIRO MARTINS - FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS, MARCO AURÉLIO FAGUNDES ÂNGELO - FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS, CÍNTHIA NEVES FONSECA - FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS, PRISCILLA RODRIGUES FERNANDES DE OLIVEIRA - FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS, ALISSON RUBSON ALVES - FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS, CYNTHIA CAROLINA DUARTE ANDRADE - FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS

**Introdução:** A implantação da metodologia Diagnosis Related Groups (DRG - Grupo de Diagnósticos Relacionados) na Fundação Hospitalar do Estado Minas Gerais (Fhemig), em 2019, mostrou-se experiência pioneira e exitosa na administração pública direta estadual de serviços hospitalares do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa metodologia possibilita a análise de desempenho e subsidia a definição de políticas assistenciais. O sistema DRG foi desenvolvido na Universidade de Yale, nos Estados Unidos, na década de 70, com objetivo inicial de definir o produto hospitalar para fins de avaliação e gestão da qualidade hospitalar, mas a partir de 1983, com a categorização da complexidade assistencial relacionada aos custos e desfechos obtidos, passou a subsidiar também os critérios de remuneração do sistema norte-americano.<sup>1</sup> A disseminação dessa metodologia na Europa, Austrália, Américas Central e do Sul, vem ocorrendo nos últimos 40 anos, tornando o DRG o Sistema de Classificação de Pacientes mais importante e de maior utilização internacional.<sup>2</sup> Com vista à segurança do paciente, o DRG na Fhemig possibilita identificar, avaliar e acompanhar as condições adquiridas ocorridas durante a internação hospitalar, bem como avaliar o impacto das condições adquiridas no desempenho hospitalar (eficiência). O DRG possibilita avaliação da qualidade da assistência e da eficiência na utilização de recursos no ambiente hospitalar, em que se inclui a ocorrência de condições adquiridas advindas da internação.<sup>3</sup> **Objetivo:** Relacionar, a partir da metodologia DRG, o desempenho hospitalar e a ocorrência de condições adquiridas nos 10 hospitais públicos da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, de julho/2020 a abril/2022. **Descrição da execução:** O sistema DRG, a partir da codificação dos dados dos prontuários, cruza uma série de variáveis como CID, CID secundário, idade, sexo e procedimentos cirúrgicos, de cada paciente, para alocá-lo em um DRG. Por sua vez, cada DRG possui um peso relativo que varia de 0,17 a 25,42 e reflete, de maneira proporcional, o consumo de recursos necessários para tratar os pacientes. A soma dos pesos relativos de um grupo de pacientes dividido pelo número de altas denomina-se case mix, que representa a complexidade dos pacientes e a expectativa de consumo de recursos para prover a assistência adequada. Para fins de comparação do desempenho hospitalar, além do case mix considera-se os seguintes parâmetros/definições: (In)eficiência operacional: razão entre as médias de permanência (realizada e prevista) dos hospitais Fhemig. A prevista considerando-se os DRG que compõem o case mix da instituição, em relação ao Percentil 50 da base de dados do DRG Brasil. Espera-se que a ineficiência operacional do custo fixo dos hospitais seja igual ou inferior a 100%. Taxa de CA: percentual de pacientes que tiveram condição adquirida em relação ao total de altas no período. **Resultados:** A tabela 1 apresenta o diagnóstico de desempenho assistencial da Fhemig, referente ao período de julho de 2020 a abril de 2022, considerando os parâmetros/definições previamente definidos. Do total de 89.650 altas codificadas na Fhemig, 62,38% (n = 55.923) corresponderam a pacientes clínicos, 37,62% (n = 33.727) cirúrgicos. Os pacientes cirúrgicos apresentaram maiores case mix (1,6484) e taxa de CA (14,08%) quando comparados aos pacientes clínicos (case mix de 1,2321; taxa de CA de 6,35%). Em ambos os perfis de pacientes, clínicos e cirúrgicos, observou-se relação direta entre a ocorrência de CA e a permanência hospitalar com média de 9,1 dias excedidos entre os pacientes clínicos e 5,3 dias entre os cirúrgicos. Observa-se também aumento da ineficiência assistencial no componente clínico (de



150 para 216%), conforme apresentado na tabela 1. As condições adquiridas clínicas mais ocorrentes são (tabela 2): Complicações mecânicas de outros dispositivos e implantes cardiovasculares; Lesão por pressão (Estágio 1 ou 2); Complicação mecânica de dispositivos protéticos, implante e enxerto gastrointestinais e Dermatite de fraldas. As condições adquiridas cirúrgicas mais ocorrentes são (tabela 2): Lacerações de períneo de 1º grau durante o parto, Lacerações de períneo de 2º grau durante o parto; Lesão por pressão (Estágio 1 ou 2), Complicações mecânicas de outros dispositivos e implantes cardiovasculares, Outras hemorragias do pós-parto imediato. Análise crítica dos resultados: **Análise crítica dos resultados:** A ocorrência de condições adquiridas impacta de forma significativa no desempenho hospitalar. A utilização do DRG contribui para a busca contínua pela eficiência através do alcance do tempo de internação previsto para cada condição clínica/cirúrgica, com foco na desospitalização oportuna; e proporciona também subsídio para alcance da segurança do paciente, com a diminuição da exposição a riscos e redução significativa de complicações. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** A utilização da metodologia DRG permite análises robustas de desempenho hospitalar e subsidia a modelagem de políticas assistenciais mais assertivas e eficientes. Com enfoque para a segurança do paciente, a metodologia permite ainda reformular o monitoramento das condições adquiridas, ao introduzir a capacidade de diagnóstico dessas ocorrências pela busca censitária, e não mais amostral (notificação realizada pelos profissionais), fomentando um diagnóstico mais acurado e intervenções mais efetivas. Dessa forma, o uso do DRG possibilita também a busca contínua de melhorias, que por sua vez, pode refletir em diminuição da ocorrência de eventos indesejáveis e em aumento da segurança dos pacientes e da eficiência dos hospitais.

## 26417 - ELABORAÇÃO DE MANUAL DE MONITORAMENTO DE INDICADORES DE QUALIDADE EM HOSPITAL PÚBLICO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

STHEFANI DAMASCENO DE OLIVEIRA TOSTES PEREIRA - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, ANA BARBOSA RODRIGUES - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, CELIANE MARIA LOPES MUNIZ - HOSPITAL DE MESSEJANA DR. CARLOS ALBERTO STUDART GOMES, SILVANIA BRAGA RIBEIRO - HOSPITAL DE MESSEJANA DR. CARLOS ALBERTO STUDART GOMES, KAMILA SINDEAUX BARREIRA - HOSPITAL DE MESSEJANA DR. CARLOS ALBERTO STUDART GOMES, ROBERTA MENESES OLIVEIRA - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

**Introdução:** Para melhoria da qualidade em instituições de saúde, os indicadores são medidas indispensáveis, pois permitem mensurar a qualidade e a necessidade de mudanças assistenciais e gerenciais. Os indicadores de qualidade podem ser úteis no planejamento de ações de gerenciamento de riscos e mitigação dos eventos adversos. Desse modo, torna-se imperativa a adesão de medidas propostas pela Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, cujas orientações incluem a padronização de condutas que corrigem possíveis incongruências com o desenvolvimento de estratégias educativas no cotidiano laboral dos profissionais de saúde<sup>1</sup>. Em hospital público, a necessidade de organização dos processos de gestão da qualidade é fundamental para a condução de boas práticas e implementação de protocolos de segurança do paciente. Portanto, propôs-se a elaboração de um manual para registro e monitoramento de indicadores de qualidade por gestores e enfermeiros de hospital público. **Objetivo:** relatar a experiência da construção de um manual de orientação para monitoramento de indicadores de qualidade em hospital público. **Descrição da execução:** relato de experiência de acadêmicas de enfermagem e bolsistas da Universidade Federal do Ceará juntamente com gestores de hospital público de referência em cardiologia e pneumologia no Ceará. A experiência ocorreu no período de julho a dezembro de 2021, durante atividade de extensão do Núcleo de Ensino, Pesquisa e Extensão em Gestão e Cuidado em Saúde (NUGESC), no projeto "NUGESC em ação no contexto hospitalar". A elaboração do Manual de Preenchimento intitulado "Planilha de coleta de dados dos indicadores assistenciais da enfermagem" foi realizada com base no levantamento das necessidades e limitações do serviço e nas rotinas gerenciais das unidades, sendo estas relatadas pelos gestores durante reuniões gerais nos auditórios e in loco. O manual foi disponibilizado para 20 gestores das unidades de internação. Após preenchimento, as alunas, juntamente com os gestores do serviço, realizaram análise e planejamento para promover o preenchimento correto, uniforme e efetivo da planilha pelos profissionais da assistência, em busca de melhoria no monitoramento dos indicadores de qualidade. **Análise crítica dos resultados:** O manual foi disponibilizado em forma de Ebook online em uma pasta compartilhada na plataforma Google Drive em agosto/2021, sofrendo atualização em dezembro. Possui 16 páginas, dividido em 3 tópicos: 1. Orientações gerais, 2. Como e quando preencher a planilha dos indicadores e 3. Comentário Semanal. O primeiro tópico reunia informações de uso comum a todos os indicadores como o horário e dia de preenchimento, legenda de cores da tabela, local de preenchimento e organização da tabela. Orientou-se que o preenchimento da tabela deveria ser realizado até as 12:00h do dia atual, porém com os dados do dia anterior, sendo alocado na data do dia anterior. No segundo tópico, eram fornecidas informações específicas, contendo sempre um padrão na ordem de "O que é o indicador", acompanhado de exemplos e perguntas frequentes realizadas pelos próprios gestores. Este tópico foi subdividido de acordo com cada indicador coletado, sendo eles indicadores de qualidade assistenciais e organizacionais, como: Equipe de enfermagem, composta por Número de enfermeiros escalados, Número de enfermeiros presentes, Número de técnicos escalados e Número de técnicos presentes; Rotatividade, composto por Número de pacientes/dia (pacientes internados), Número de pacientes admitidos e Número de pacientes com admissão de Enfermagem; Incidente, composto por Número de queda/dia; Escalas diárias, composto por

Número de pacientes com escala de Braden diária, neste tópico foi adicionado uma imagem para orientação de como avaliar a Escala de Braden; e Identificação segura, composto por Número de pacientes com pulseira de identificação. O indicador de Escala foi o mais discutido, pois o sistema utilizado pela instituição não registrava os dados de acordo com o período de 24 horas de plantão, que seria de 7:00h às 7:00h, portanto informações do plantão noturno eram perdidos e impossibilitava o registro dos dados colhidos nesse horário, ocorrendo perda de parte dos dados. Portanto, foi definido que os dados do plantão noturno somente fossem preenchidos após 0h. Outro indicador que tinha especificidade era o indicador de identificação segura, no qual, para a coleta fidedigna, era preciso ser observado e preenchido no momento da passagem de plantão; outro fator muito discutido foi a questão do material da pulseira, pois muitas vezes o paciente estava com a pulseira mas os dados ficavam ilegíveis com poucos dias de uso, devido a manipulação e aos banhos; com isso foi determinado que só deviam ser contabilizadas as pulseiras que tivessem pelo menos 2 dados legíveis. Se identificada ilegibilidade, deveria ser solicitada a troca da pulseira. O terceiro e último tópico reunia comentários semanais específicos de cada unidade, sendo esse incluído apenas em dezembro de 2021 por solicitação da gerente de enfermagem da instituição, no qual o gestor deveria adicionar informações referentes a cada indicador, se necessário, para que durante a análise obtivessem dados qualitativos. Sendo assim, o gestor deveria informar sobre faltas, remanejamento de profissionais, não admissão completa de pacientes nas unidades, ocorrência de queda, fatores contribuintes e intervenções realizadas, Não avaliação 100% da Escala de Braden e motivos de falta, falta da pulseira de identificação dos pacientes, motivos e ocorrência de alguns incidentes relacionados a identificação incorreta. Estas informações deveriam ser preenchidas todas as segundas feiras. Ainda nesse tópico, havia um passo a passo de como adicionar os comentários. O ebook foi considerado útil, efetivo e acessível pelos gestores das unidades. Após o período de seis meses de utilização da planilha, foi observada diminuição dos erros em seu preenchimento e melhoria no monitoramento dos indicadores. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade no cuidado:** aprendizado sobre gestão da qualidade, monitoramento de indicadores e exercício de inteligência emocional e resolução de conflitos, visto que, a princípio, houve resistência, desânimo e desacreditação por parte de alguns gestores e profissionais quanto à efetividade das ações realizadas. Ademais, houve a necessidade de adequação do preenchimento relacionado à especificidade do sistema utilizado e de rotinas diferentes das unidades. A construção do manual atuou como fator contribuinte para a qualidade da assistência pois, com o preenchimento correto dos indicadores, foi possível observar com confiabilidade aspectos que necessitavam de ações de melhorias no serviço.

**26399 - ESCALA PARA DETERMINAR O INTERVALO DE TEMPO PARA AVALIAÇÃO DOS ACESSOS PERIFÉRICOS EM PEDIATRIA**

AMPARITO DEL ROCÍO VINTIMILLA CASTRO - INSTITUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP, MARIA LUCIA BARBOSA MAIA DOS SANTOS - INSTITUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP, ANA PAULA ALMEIDA - INSTITUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP, ANA PAULA FRAGA - INSTITUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP, ANDREA AOKI COSTA - INSTITUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP

**Introdução:** pacientes hospitalizados mantêm cateter venoso periférico em 58,7% a 86,7% com risco de complicações graves na pediatria como extravasamento. Esta problemática leva à gestão de cuidados pelo enfermeiro. Identificou-se escalas para avaliar o grau de flebite, extravasamento e infiltração. Não existe escala para nortear a prescrição do intervalo de tempo para avaliar acessos venosos em uso de infusão contínua de medicamentos e soluções. **Objetivo:** construir e validar escala pediátrica para determinar o intervalo de tempo para avaliar os locais de acessos venosos periféricos em uso de infusão contínua. **Método:** estudo observacional, prospectivo, quantitativo, convergente assistencial. Realizado em hospital escola de nível terciário. Utilizados formulários do Google forms e enviados por e-mails para avaliação do conteúdo proposto, por oito enfermeiros chamados de juízes. Para validação do conteúdo teórico da escala proposta utilizou-se a técnica Delphi e escala de likert com cinco critérios. O índice de validade adotado nesta pesquisa foi  $\geq 80\%$ , consenso favorável entre os juízes. A avaliação da escala validada foi feita por quatro duplas de juízes em 80 crianças internadas com acesso venoso periférico. **Resultados:** escala submetida a duas fases Delphi para validação do construto. Obteve-se índices de validade de conteúdo, dos indicadores: Condição clínica do paciente 62,5% na primeira fase e 100% na segunda; Soluções e medicamentos, atingiu 73% e 100%; Características das veias periféricas 87,5% e 100%. A somatória final de todos os escores teve concordância de 87,5%. Na aplicação clínica, o Teste de confiabilidade de Kappa Ponderado Linear apontou confiabilidade quase perfeita 0,91, 0,87 e 0,88 para a Condição clínica do paciente; Características das veias e Pontuação Final respectivamente, exceto para as Características dos medicamentos com confiabilidade moderada de 0,60, a pesar da alta concordância (92,5%) entre os juízes. Todos os indicadores foram estatisticamente significativos ( $p = 0,001$ ) com Intervalo de Confiança de 95%. Os juízes que aplicaram a ferramenta em pacientes sugeriram adicionar idade do por faixa etária, sugestão que foi acatada pela pertinência. **Conclusões:** a determinação do intervalo de tempo para avaliar a clientela pediátrica com acessos venosos periféricos em infusão contínua, considerando a especificidade de cada paciente é possível, utilizando a Escala Maia & Castro que auxilia a prática da assistência do enfermeiro. A prevenção de complicações nos locais de punção venosa será alertada pela pontuação final para risco alto com avaliação a cada 30 minutos; risco moderado com avaliação a cada hora e risco baixo com avaliação uma vez no plantão. Utilizando-se na prática com eficácia. Os dados da escala serão inseridos no prontuário eletrônico do paciente.

**26073 - ESTRATÉGIA EDUCATIVA SOBRE OS PROTOCOLOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE**

PATRÍCIA TRINDADE BENITES - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO MARIA APARECIDA PEDROSSIAN, SUÊNIA FERREIRA SOUSA - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO MARIA APARECIDA PEDROSSIAN, ROSÂNGELA DA SILVA CAMPOS - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO MARIA APARECIDA PEDROSSIAN, LEILANE SOUZA PRADO TAIR - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO MARIA APARECIDA PEDROSSIAN, CARLA MOREIRA LORENTZ HIGA - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO MARIA APARECIDA PEDROSSIAN, FLÁVIA ROSANA RODRIGUES SIQUEIRA - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO MARIA APARECIDA PEDROSSIAN (MS)

**Introdução:** A segurança do paciente é um dos maiores desafios para a excelência da qualidade nos serviços de saúde. **Objetivo:** Descrever ações de ensino-aprendizagem como uma importante estratégia para adesão as metas de segurança do paciente. **Descrição da execução:** Relato de experiência sobre atividade desenvolvida durante o mês de abril de 2022, em um hospital público em Mato Grosso do Sul. A equipe da Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente planejou ações em comemoração à semana de segurança do paciente, realizando atividade lúdica e oficinas. A atividade lúdica contou com a utilização de uma roleta, contendo as metas internacionais de segurança do paciente. Após girar a roleta, os profissionais respondiam perguntas referentes à meta sorteada, havendo premiação para as questões respondidas corretamente. Essa atividade contemplou todos os setores de internação, áreas administrativas, ambulatoriais e laboratório. Na segunda semana, foram realizadas oficinas, abordando temas sobre identificação do paciente, comunicação efetiva e uso seguro de medicamentos. Esta foi iniciada com a leitura de um estudo de caso. Posteriormente, os participantes foram divididos em pequenos grupos e orientados a preencherem o diagrama de Ishikawa com as possíveis causas que levaram ao incidente relatado. Após a leitura dos resultados, ocorreu a discussão das não-conformidades com os facilitadores. Em seguida, foi realizada orientação quanto a utilização da ferramenta 5W2H e a oficina foi encerrada com a elaboração de um plano de ação. **Análise crítica dos resultados:** A partir das estratégias educativas utilizadas, foi possível trabalhar o tema segurança do paciente de forma lúdica e descontraída, que favoreceu a interação entre os diferentes profissionais, aguçando a atenção, a reflexão crítica sobre a prática executada e a importância do uso dos protocolos de segurança como forma de prevenção de falhas na assistência ao paciente. Assim, a educação continuada pode ser feita de forma mais dinâmica, com a participação ativa da equipe multiprofissional. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** Atividades lúdicas favorecem o aprendizado dos profissionais por meio de um ambiente mais leve, divertido e seguro, assim como fortalece o vínculo, gera conhecimento e aumenta a cultura de segurança hospitalar.

**26368 - ESTRATÉGIAS PARA MITIGAR A NORMALIZAÇÃO DO DESVIO NA PRÁTICA CLÍNICA EM PEDIATRIA**

GABRIELLE DA SILVA CARVALHO - UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUÍ, ANA BARBOSA RODRIGUES - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, PALOMA MOREIRA DE OLIVEIRA - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, ISAQUE LIMA DE FARIAS - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, VICTÓRIA LOHREINE DE CARVALHO GRANGENSE - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, ROBERTA MENESES OLIVEIRA - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

**Introdução:** A normalização do desvio compreende o arcabouço de ações ou práticas desviantes que foram normalizadas. Esse processo surge de forma insidiosa e é caracterizado pela dessensibilização dos profissionais de saúde de modo que práticas erradas passam a ser consideradas normais e se perpetuam devido não apresentar dano aparente ao paciente. No contexto da assistência à saúde, tem-se como exemplos desse fenômeno a negligência com a prática de higienização das mãos e as excessivas tentativas de punção venosa<sup>1</sup>. Sabe-se que crianças hospitalizadas estão mais vulneráveis à ocorrência de eventos adversos. Isso se dá em decorrência da criança apresentar características físicas e psicológicas específicas, que as condicionam a maior probabilidade de ocorrência de incidentes de segurança<sup>2</sup>. Logo, pode-se inferir que são um público passível de sofrer consequências deletérias em decorrência de práticas desviantes normalizadas no seu cuidado. Face ao exposto, levanta-se o questionamento: quais são as estratégias que podem ser empregadas para reduzir a normalização do desvio no contexto do cuidado à criança hospitalizada?

**Objetivo:** Elencar estratégias para mitigar a normalização do desvio no escopo do cuidado à criança hospitalizada. **Método:** pesquisa qualitativa realizada com 21 trabalhadores de saúde de um hospital público pediátrico da rede estadual de saúde do Ceará, localizado em Fortaleza, em 2021. Os dados foram obtidos por meio de dois instrumentos: questionário sociodemográfico/ocupacional e roteiro de entrevista em profundidade. A análise de dados foi realizada no software MAXQDA®, que permite a transcrição direta das entrevistas e proporciona melhor análise dos resultados. Como técnica de análise dos dados foi utilizada a Análise de Conteúdo Categórica Temática, em três etapas. Após o tratamento dos dados, emergiram cinco categorias temáticas, que resultaram da análise do conteúdo das entrevistas, e 183 unidades de contexto (UC) (parágrafos/períodos) e de registro (UR) (frases). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que garantia a preservação de suas identidades, dentre outras informações relevantes à concessão da pesquisa. Também foi garantida a confidencialidade, a privacidade e a segurança dos dados, usados exclusivamente para fins de pesquisa. Ademais, como meio de preservação do anonimato, os trechos dos depoimentos foram identificados com letra inicial referente à profissão (E – Enfermeiro, M – Médico, F – Fisioterapeuta, TE – Técnico de enfermagem), enumerados conforme a ordem de participação no estudo. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição (nº.4924838/2021). **Resultados:** Participaram do estudo 21 trabalhadores de saúde, com média de idade de 38 anos, dentre esses, a maioria era mulher (18), enfermeiro (12), pós-graduado (18), não especificamente em Pediatria. Em relação ao tempo de formação, a média foi de 12 anos, quanto ao tempo de atuação no serviço, houve uma média de 8 anos e à carga horária semanal de trabalho, a média foi de 54 horas. Da análise de 21 entrevistas emergiram 183 unidades de registro/ contexto (UR/UC), das quais 25 (30,12%) pertenciam à categoria estratégias para reduzir a normalização do desvio, fomentando ideias exequíveis potencializadoras da cultura de segurança do paciente e de recursos otimizadores do processo de trabalho. Sendo assim, os profissionais relataram uma comunicação efetiva e equipe bem estruturada como fatores benéficos na redução de incidentes e práticas desviantes. Ademais, a gestão foi incluída como pilar de um cuidado pediátrico seguro, apesar da necessidade de que essa se fizesse mais efetiva. Por fim, os entrevistados verbalizaram a falta de ações em educação

permanente relacionados à segurança do paciente, um direito dos profissionais em seu ambiente de trabalho. Discussão: A comunicação efetiva e o estabelecimento de respeito mútuo no ambiente profissional podem atuar como barreiras aos comportamentos destrutivos, incluídos entre as práticas desviantes dos profissionais, e têm impacto positivo na segurança do paciente (3). A educação permanente atua como um termômetro do monitoramento da normalização de desvio e como uma estratégia para mitigá-la. Em estudo recente, profissionais relataram a importância de aprender com os erros e de buscar uma maneira de evitar que aconteçam novamente (4). Nesse contexto, sabe-se que a aprendizagem baseada em problemas pautada na realidade do profissional é uma medida já adotada por outros hospitais (5) e que pode ter sucesso também em um hospital pediátrico. **Conclusão:** As estratégias elencadas para mitigar a normalização do desvio foram: comunicação efetiva, equipe bem estruturada, melhora da participação dos gestores e ações de educação permanente. Essas estratégias possuem potencial para reduzir a incidência de práticas desviantes no contexto de cuidado à criança hospitalizada. Dessa forma, sugere-se não somente a monitorização e identificação da normalização do desvio como também a escuta dos profissionais sobre como mitigar essas práticas. A comunicação entre os profissionais, da assistência e da gestão, precisa ocorrer desde a identificação do erro até sua solução.

**26361 - GESTÃO DE DOCUMENTOS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: UM CICLO DE MELHORIA**

CARLLA CILENE ALVES DANTAS PETRÔNIO - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, CECÍLIA OLÍVIA PARAGUAI DE OLIVEIRA SARAIVA - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, VIVIANE EUZÉBIA PEREIRA SANTOS - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

**Introdução:** A gestão de documentos é um conjunto de ações que busca o controle de todas as etapas referentes ao ciclo de vida desses. Ressalta-se que estes devem estar disponíveis e organizados de maneira a suscitar a eficiência dos processos neles descritos, assim torna-se coerente a implementação da gestão de documentos nas instituições de saúde, no intuito de auxiliar na padronização do cuidado e, por conseguinte, fortalecer a comunicação efetiva, de modo a subsidiar um cuidado seguro e de qualidade.<sup>1-3</sup> **Objetivo:** Melhorar a gestão de documentos no Hospital Universitário Ana Bezerra. **Metodologia:** estudo quantitativo do tipo antes e depois a partir de um ciclo de melhoria, que envolveu a avaliação de documentos antes da implantação da Norma Zero para elaboração de documentos, depois da implantação da referida norma e após as intervenções propostas. Para o Ciclo de Melhoria seguiu-se as etapas de: definição de critérios para avaliação dos documentos, intervenção (construção de ferramentas de apoio e desenvolvimento de uma capacitação aos colaboradores institucionais) e avaliação pré e pós-intervenção. O universo foi inicialmente composto por todos os documentos produzidos no ano de 2018 (n=12), período que antecede a implantação da Norma Zero para elaboração de documentos; com isso estabeleceu-se esse número para as demais amostras. A avaliação foi norteada por critérios estabelecidos com base nas diretrizes da Norma para Elaboração de Documento do Hospital Universitário Ana Bezerra as etapas de coleta foram realizadas por dois colaboradores (chamados de avaliadores A e B) previamente treinados para o procedimento de validação de documentos, ambos trabalharam isoladamente para evitar a influência de respostas e minimizar vieses. As atividades aconteceram no 1º trimestre de 2022 e envolveu a equipe multiprofissional da instituição em estudo. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Norte/ Hospital Universitário Onofre Lopes, sob o número 4.816244. Para avaliar os documentos nos três momentos foi realizado o cálculo da estimativa pontual e de intervalo de confiança (IC= 95%) do nível de cumprimento dos critérios de qualidade adotados. Estimou-se a melhoria absoluta e relativa de cada critério no intuito de avaliar o efeito da intervenção. Para comprovar a significação estatística da melhoria detectada, foi realizado um teste de hipótese unilateral por meio do cálculo do valor de Z, considerou-se hipótese nula a ausência de melhoria, que se rejeitou quando o p-valor < 0,05, a representação gráfica da melhoria se deu por meio do gráfico de Pareto tipo antes e depois, que de acordo com a literatura<sup>4</sup> trata de uma ferramenta capaz de demonstrar o nível de qualidade alcançado por meio da área de melhoria, bem como perceber o quanto ainda se necessita avançar, de modo a estimular a elaboração de planos de melhoria cíclicos. **Resultados:** A definição de critérios seguiu parâmetros recomendados pela literatura<sup>5</sup>, por conseguinte foram selecionados nove critérios descritos em um quadro (Apêndice 1). A Intervenção foi constituída por três atividades: a elaboração do fluxograma (Apêndice 2), cujo objetivo foi auxiliar nas etapas de elaboração, validação, aprovação e divulgação dos documentos institucionais; o desenvolvimento do software, ferramenta capaz de auxiliar nas etapas tramitação de documentos que envolvem revisão, validação e aprovação do mesmo, ressalta-se que o protótipo está em fase de registro na Agência de Inovação vinculada a instituição; 3) E, a capacitação dos colaboradores, que ocorreu no intuito de fortalecer os novos processos implantados. A análise numérica do nível de cumprimento real de cada um dos nove critérios, durante as três etapas de avaliação está descrito em tabelas (Apêndices 3, 4 e 5). A partir dos dados apresentados foi possível se constatar avanços expressivos no processo, pois na 1ª avaliação, em que os documentos institucionais eram produzidos aleatoriamente sem normativa, havia 100% de não conformidade em relação aos critérios



estabelecidos. No segundo momento, após a implementação da Norma Zero como instrumento norteador para todas as etapas de gestão de documental, o percentual de não conformidades foi menor, com destaque de melhoria para critério 2 (O cabeçalho está formatado com letra de acordo com o descrito na norma para elaboração de documentos) e critério 9 (Documento apresentando estrutura de tópicos minimamente recomendadas nos modelos da Norma Zero) que passaram de 0% para 66,67% de conformidade. Na terceira etapa de avaliação, que ocorreu após a intervenção, observou-se melhoria absoluta e relativa com significância estatística em todos os critérios, com realce para os critérios 2 e 5 (Corpo do texto do documento escrito em fonte Calibri justificado, espaçamento simples, tamanho 12) que alcançaram 100% de conformidade. No intuito de demonstrar graficamente os defeitos de qualidade e prioridades de intervenção, foram construídos Gráficos de Pareto (Apêndice 6, 7 e 8) para cada etapa de avaliação, onde se demonstrou que a implantação da Norma Zero permitiu a diminuição de 108 para 65 defeitos de qualidade, ou seja, uma melhoria de 40% no que se refere ao cumprimento dos critérios, e que após a intervenção houve uma redução de 108 para 15 defeitos de qualidade, o que representa uma melhoria de 86% em relação a conformidade dos critérios avaliados. **Conclusão:** Os resultados dessa pesquisa demonstraram a importância da gestão de documentos nos serviços de saúde, uma vez que favorece a padronização de atividades institucionais, esse fato agrega mais segurança bem como facilita a comunicação efetiva entre a equipe, já que as informações passam a estar disponíveis de forma online de maneira ágil. Assim, destaca-se a relevância dos ciclos de melhoria para a qualidade dos serviços de saúde.

## 26358 - INSTITUIÇÃO DA LIGA DE QUALIDADE E SEGURANÇA EM SAÚDE DA UNICAMP: UMA EXPERIÊNCIA EXITOSA

GABRIEL QUINTAS RIPPEL - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS - UNICAMP, PAULA ALVES ALCALÁ - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS - UNICAMP, ISADORA GUERRA NASCIMENTO - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS - UNICAMP, ADILSON JOSÉ DA SILVEIRA - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS – UNICAMP (SP)

**Introdução:** É imprescindível que os futuros profissionais de saúde desenvolvam competências e vivenciem o ambiente da prática da assistência, ensino e pesquisa baseados nos conceitos de qualidade e segurança do paciente. Neste contexto, em 2021, com o objetivo de capacitar os futuros profissionais e fortalecer a cultura de segurança na universidade para o desenvolvimento da assistência segura e centrada no paciente, foi instituída por alunos, profissionais e docentes das áreas de medicina, enfermagem e fonoaudiologia da UNICAMP a Liga de Qualidade e Segurança em Saúde da UNICAMP (LIQSS). **Objetivo:** Apresentar os resultados das ações desenvolvidas pela LIQSS. **Descrição da execução:** A liga foi instituída em 10 de agosto de 2021, por unanimidade na assembleia da 3ª reunião dos conselhos de Ligas. Foi desenvolvido pelos ligantes um logo específico para divulgação e fortalecimento da identidade visual. No período de agosto 2021 a junho de 2022, foram realizadas 8 palestras, 2 rondas presenciais e atividades práticas nos hospitais de referência da Unicamp com o acompanhando gestores de unidades e gestores de qualidade e segurança. **Análise crítica dos resultados:** Houve adesão de 31 alunos como membros no período, a criação de um canal de comunicação e divulgação dos trabalhos e temas nas redes sociais pela equipe de marketing. Os trabalhos da liga proporcionaram ainda a divulgação e a possibilidade de parcerias para participação dos membros em eventos para discussão sobre a reforma da grade curricular e eventos do Núcleo de Qualidade e Segurança em Saúde do HC em 2021. A liga tem cumprido seu propósito existencial pois é evidenciado nas novas adesões o notável impacto dos temas abordados nas palestras nos alunos e o desenvolvimento de reflexões acerca da atuação em saúde, despertando já no início da carreira uma preocupação sobre as mudanças que devem ocorrer no ambiente da prática em prol da segurança do paciente. Entretanto, o processo ainda é recente e mobilizar os alunos para participar é um desafio constante pois o assunto em questão ainda é pouco disseminado no meio universitário. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** com essa experiência, pudemos perceber como esses temas são pouco abordados na formação dos profissionais e como a conscientização entre os discentes e docentes é algo urgente. A iniciativa dos alunos em formar a liga é a evidência do quanto se preocupam com a inserção do tema em sua formação e a necessidade da inserção do tema na grade curricular. Além disso, tem demonstrado que a ausência de conhecimento prévio à participação na liga pode dificultar a captação de novos membros.

Existência de financiamentos: não há financiamento ou conflitos de interesse.

**26428 - O GERENCIAMENTO DA SEGURANÇA DO IDOSO COM DEMÊNCIA NO CONTEXTO DOMICILIAR: E-BOOK COMO TECNOLOGIA EDUCACIONAL**

DORALICE DAS GRAÇAS DE MELO CALVO - UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, ANA KARINE RAMOS BRUM - UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE (RJ)

**Introdução:** Demências têm alta prevalência no envelhecimento, cursam com déficit progressivo das funções cognitivas e são um dos grandes desafios à gestão do cuidado seguro, que surgem com o envelhecimento populacional. **Objetivo geral:** Desenvolver e validar tecnologias educacionais no formato de oficina pedagógica e e-book, como estratégias inovadoras de ensino e aprendizagem no contexto da segurança da pessoa idosa com demência, no ambiente domiciliar, a serem aplicadas no ensino e saúde multiprofissional. **Objetivos específicos:** 1- Identificar na literatura tecnologias educacionais facilitadoras para o ensino da segurança do paciente idoso; 2- Correlacionar os riscos de segurança do idoso demenciado às metas internacionais de segurança do paciente; 3- Identificar o conhecimento dos profissionais discentes da área de geriatria e gerontologia sobre Segurança do Paciente Idoso com Demência, antes e após a oficina pedagógica; 4- Produzir um plano de intervenção para o gerenciamento de Segurança do Paciente idoso com demência no contexto domiciliar, como produto da oficina pedagógica; 5- Produzir um e-book a partir dos resultados encontrados; 6- Validar o e-book; 7- Propor um Plano de Intervenção para o Cuidado Seguro na formação do profissional da gerontologia e geriatria. **Método:** Trata-se de um estudo de intervenção do tipo antes e depois contendo dados qualitativos e quantitativos para elaboração de tecnologia educacional para o ensino e saúde multiprofissional. Os participantes deste estudo são alunos pós-graduandos em gerontologia e geriatria e juízes especialistas da área do ensino, gerontologia, geriatria e design. **Resultados:** Participaram da oficina 20 (vinte) alunos pós-graduandos. 71.4%, afirmaram que identificam o conceito de Segurança do paciente no pré-teste, e, no pós-teste, 100%. 70%, identificaram os riscos à segurança que os idosos estão expostos no pré-teste, e 100% no pós-teste. 66% identificaram o risco a que o paciente com demência está exposto no pré-teste e no pós-teste 100%. 66% afirmaram na identificar os riscos a segurança no domicílio do idoso com demência no pré-teste, e 90% no pós-teste. Na construção do plano de intervenção, os conceitos da segurança do paciente foram aplicados numa visão multidisciplinar. A oficina foi aprovada por 95% dos participantes, sendo considerada por todos como um facilitador para a aprendizagem. Participaram da avaliação do e-book, 10 juízes especialistas. Na avaliação, seguindo a metodologia de Teixeira (2011), o percentual de concordância entre os juízes foi de 98% para os objetivos, 94% para a estrutura e apresentação e 100% para a relevância. Todos os especialistas consideraram que o e-book contribui na formação pedagógica de profissionais de saúde na área do envelhecimento, como multiplicadores da segurança do idoso com demência no contexto domiciliar. **Conclusão:** Obteve-se ao final, melhora da compreensão do conceito de segurança do paciente idoso com demência no domicílio, na identificação dos riscos e nas ações de intervenção numa visão multidisciplinar. A Oficina como uma prática dialógica e vivencial mostrou ser uma metodologia eficaz para o ensino da segurança do paciente idoso com demência no domicílio. E o e-book pode contribuir como uma tecnologia educacional na disseminação de uma metodologia ativa para o ensino da segurança do paciente, na pós-graduação, na temática do idoso com demência no domicílio.

## 26397 - OFICINA DE ENSINO NA SAÚDE: CONSTRUÇÃO DE ESTRATÉGIA DE APRENDIZAGEM PARA PREVENÇÃO DE QUEDAS HOSPITALARES

DANIELE MACIEL DO COUTO SALLES - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO, UFF, ANA KARINE RAMOS BRUM - ESCOLA DE ENFERMAGEM AURORA AFONSO COSTA, UFF (RJ)

**Introdução:** O processo de ensino-aprendizagem vivenciou constantes mudanças ao longo da história, nas graduações de saúde. Isso ficou explícito pela mudança do modelo antes biomédico, agora com uma preocupação com o Ser paciente. Em 2013, a lei que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente, preconizou o fomento do tema nas Escolas de Saúde<sup>1</sup>. Aproximada essa portaria da vivência da pesquisadora em um hospital de ensino, em um serviço de emergência, com diversas fragilidades na questão da segurança do paciente, houve então uma necessidade de estudo delineando como questão norteadora: Quais estratégias de ensino-aprendizagem poderão ser utilizadas para o ensino da meta 6: Prevenção de Quedas para acadêmicos de enfermagem de forma prática e inovadora? **Objetivos:** Traçando como objetivo geral: desenvolver e validar a “Oficina de Ensino na Saúde para prevenção de quedas hospitalares” para acadêmicos de enfermagem; e específicos: traçar o perfil do Risco de Queda dos pacientes atendidos na emergência adulta do HUAP; desenvolver um vídeo educativo para a “Oficina de Ensino na Saúde na Prevenção de Quedas hospitalares”. **Método:** A metodologia utilizada foi a Metodologia da Problematização e o transcorrer do trabalho foi pautado nas cinco etapas do Arco de Maguerez<sup>2</sup> (Figura 1). Este estudo foi autorizado pelo comitê de ética e pesquisa do Hospital Universitário Antônio Pedro, conforme Resolução n.º 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde sob o CAAE: 85418618.4.0000.5243, aprovado no Parecer substanciado n.º 2.680.351. Aos que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa, foi oferecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). **Desenvolvimento:** O início do arco é pela definição de uma realidade, "acadêmicos de enfermagem que vivenciam um serviço de emergência e os riscos de queda aos pacientes eminentes nesse setor". Etapa 1- Observação da realidade: O problema foi levantado através de um estudo observacional e aplicação da Escala de Queda de Morse nos pacientes dessa emergência. Foram coletados 80 instrumentos e evidenciado que 61% dos pacientes tinham alto risco de queda (Tabela1). Etapa 2- Ponto-chave: onde há a busca de possíveis causas para a existência do problema, destacaram-se como pontos-chave os fatores humanos (insensibilidade dos discentes e profissionais ao cenário), fatores intrínsecos dos pacientes (resultado da escala de risco de queda dos pacientes) e fatores de processos de trabalho (superlotação) (Quadro 1). Etapa 3 - Teorização: A teorização foi realizada através de uma revisão integrativa acerca da temática utilizando a estratégia PiCo (Figura 2), com um total de 08 artigos analisados onde foi visualizado que há ainda muitas lacunas nos estudos sobre ensino de segurança do paciente, mas as metodologias ativas foram as que mais evidenciaram construção do conhecimento de forma sólida. Etapa 4- Hipótese de solução: Como hipótese de solução foram formulados diversos produtos assistenciais e educacionais como Protocolo Institucional de Prevenção de Quedas, Mapa de Risco de Quedas (Figura 3), Oficina Pedagógica Prevenção de Quedas – Caia nessa ideia (Figura 4) e produção do vídeo educativo Prevenção de Quedas – Aplicando escalas de riscos (Figura 5). Etapa 5 - Aplicação a realidade: Como proposta final para aplicação da realidade desenhou-se uma Oficina Pedagógica (Figura 6) com inclusão de todos os produtos produzidos a ser oferecida semestralmente. **Conclusão:** Conclui-se que este estudo contribuiu para o Ensino, pois produziu ferramentas de aplicabilidade prática, envolvendo metodologias ativas e que podem ser alteradas de acordo com o público e ambiente.

**26366 - QUALIFICAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL EM SEGURANÇA DO PACIENTE NO CUIDADO NEONATAL**

ROSELI CALIL - INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE FERNANDES FIGUEIRA (IFF), FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ), MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS), VANESSA APARECIDA VILAS-BOAS - INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE FERNANDES FIGUEIRA (IFF), FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ), MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS), MARIA AUXILIADORA DE SOUZA MENDES GOMES - INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE FERNANDES FIGUEIRA (IFF), FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ), MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS), LIDIANNE VIANNA ALBERNAZ - INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE FERNANDES FIGUEIRA (IFF), FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ), MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS), ISABELLE AGUIAR PRADO - INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE FERNANDES FIGUEIRA (IFF), FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ), MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS), STEPHANIE MATOS SILVA - INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE FERNANDES FIGUEIRA (IFF), FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ), MINISTÉRIO DA SAÚDE

**Introdução:** Nos últimos anos, a segurança do paciente ganhou relevância mundial e evidenciou a necessidade de aprimorar o processo de cuidado em saúde. Em neonatologia, diferentes estratégias são aplicadas para melhoria da qualidade e segurança, mitigando agravos e danos. Uma das estratégias é a educação permanente, cujo enfoque está na problematização do processo de trabalho para transformação de práticas profissionais. Como instituição executante da Estratégia Qualineo, o IFF/Fiocruz vem desenvolvendo um conjunto de ações nacionais para o fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil e para a qualificação do cuidado. Neste contexto, diversos cursos à distância vêm sendo ofertados. **Objetivo:** Relatar uma experiência de educação à distância de alcance nacional em Segurança do Paciente no Cuidado Neonatal. **Desenvolvimento:** Trata-se de um curso de atualização de 40h, autoinstrucional, voltado para profissionais de saúde, ofertado entre outubro de 2021 e abril de 2022 no Ambiente Virtual de Aprendizagem IFF/Fiocruz. Teve como objetivo o desenvolvimento da cultura de segurança e a qualificação do cuidado ao recém-nascido desde o nascimento até a alta hospitalar. O conteúdo foi estruturado em 10 módulos interativos, a partir das seis metas internacionais de Segurança do Paciente e dos Dez Passos para a Melhoria do Cuidado e Redução da Mortalidade Neonatal no Brasil. Foram avaliados indicadores referentes à participação e ao perfil dos estudantes. Análise dos resultados: do total de inscritos no curso 87% eram profissionais de saúde de todos os estados brasileiros e DF. Dentre os que iniciaram (n=3982), 95% eram do sexo feminino, 84% com nível superior e 65% com especialização, 69% atuavam na assistência neonatal, com predominância da enfermagem, e 42% eram servidores públicos. Ao final da oferta, 31% dos inscritos (n=1.247) concluíram todas as atividades propostas. Na avaliação geral do curso realizada pelos estudantes a oferta educacional foi considerada excelente por 64% e ótima por 28% dos respondentes. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade no cuidado:** Estratégia educacional de fácil acesso, amplo alcance e elevado grau de satisfação, aplicável à realidade brasileira do SUS desde a gestão até a equipe envolvida diretamente no cuidado de recém-nascidos de risco, sendo considerada relevante para a disseminação da cultura de segurança e melhoria de práticas nas unidades neonatais.

## 26355 - RECOMENDAÇÕES PARA O MANEJO DE VIAS AÉREAS EM PACIENTES HOSPITALIZADOS NA PANDEMIA DE COVID-19

MAIQUELE SIRLEI DOS SANTOS SILVA - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - EEUSP, MARISTELA SANTINI MARTINS - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - EEUSP, DANIELA CAMPOS DE ANDRADE LOURENÇÃO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - EEUSP, RAFAEL RODRIGO DA SILVA PIMENTEL - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - EEUSP, JANINE MELO DE OLIVEIRA - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA, ROBERTO CHRISPIM MODESTO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO – EEUSP

**Introdução:** O SARS-COV- 2, causador da COVID-19, é altamente transmissível, com maior carga viral encontrada em secreções das vias aéreas superiores; pode evoluir ao quadro de insuficiência respiratória, levando a necessidade de abordagem das vias aéreas e elevando o risco de contágio.

**Objetivo:** Mapear as recomendações para o manejo de vias aéreas seguro em pacientes hospitalizados no contexto da pandemia de COVID-19. **Método:** Revisão do escopo elaborada conforme o método do Joanna Briggs Institute. Foram consultadas sete bases de dados, uma plataforma de literatura cinza e doze sites oficiais de instituições de referência em saúde; incluiu-se publicações desde 2020, em qualquer idioma. Os termos utilizados foram “Segurança do Paciente”, “Hospitalização”, “COVID-19” e suas variações. A leitura dos estudos e extração de dados foi realizada por pares de revisores independentes. Os resultados foram analisados através da análise de conteúdo. **Resultados:** 125 documentos foram incluídos. O manejo das vias aéreas requer a elaboração de medidas preventivas da disseminação de aerossóis e que garantam uma abordagem segura e eficaz. É recomendado orientar a prática de etiqueta respiratória ao paciente e o uso de máscara. A ventilação não invasiva deve ser evitada, se imprescindível, utilizá-la em sala de isolamento apropriada. Pacientes em ventilação invasiva e não invasiva precisam ser separados. Terapias de nebulização e ventilação com bolsa-valva-máscara devem ser evitadas, se inevitável, fixar a máscara corretamente. Deve-se utilizar filtro de ar particulado de alta eficiência (HEPA/Heat and Moisture Exchanger -HME) em sistemas fechados de ventilação. Recomenda-se que a manipulação das vias aéreas, principalmente durante intubação e extubação seja realizada em sala com pressão negativa, de preferência pelo profissional mais experiente utilizando o método de sequência rápida e os EPI recomendados. Orienta-se uso de anestesia local/regional, sedação ou geral de curta duração. Pacientes suspeitos ou confirmados em deterioração clínica devem ser submetidos à intubação precoce. **Conclusão:** Devido à alta transmissibilidade do SARS-COV- 2 o manejo das vias aéreas deve ser realizado de forma cautelosa, seguindo padrões estabelecidos pela comunidade científica e garantindo a segurança dos pacientes e profissionais.

**26388 - RELATO DE EXPERIÊNCIA: PAINEL DE MONITORAMENTO DOS INDICADORES DAS CIRURGIAS ELETIVAS**

JOSÉ FERREIRA LIMA - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANA BEZERRA - HUAB/UFRN, GLAUCO FRANCISCO DE ARAÚJO SILVA - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANA BEZERRA - HUAB/UFRN, LUSINETE MARIA DE LIMA - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANA BEZERRA - HUAB/UFRN, JOSÉ ROBERTO CABRAL - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANA BEZERRA - HUAB/UFRN, ANDRESSA CRISTINA FERREIRA BRAGA - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANA BEZERRA - HUAB/UFRN, LAVOISIER FARIAS CORREIA - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANA BEZERRA - HUAB/UFRN

**Introdução:** Considerando a necessidade de monitorar os indicadores referentes às cirurgias eletivas realizadas no estabelecimento de saúde a fim de gerar informações para o auxílio de tomada de decisão, foi criado um painel de monitoramento dos indicadores das cirurgias eletivas. **Objetivo:** Melhorar o processo do monitoramento dos indicadores das cirurgias eletivas, com o intuito de aumentar a confiabilidade na tomada de decisão para implementação das ações necessárias. **Método:** Trata-se de um painel dinâmico, produzido em Power Bi, que apresenta em forma de gráficos as informações das cirurgias eletivas do Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB), que fica localizado em Santa Cruz, interior do Rio Grande do Norte. **Resultados:** Frente ao exposto, o referido painel apresenta várias informações das cirurgias eletivas como: taxa de cirurgias realizadas e suspensas, quantitativo absoluto e percentual dos motivos de suspensão das cirurgias, monitoramento das metas estabelecidas nos contratos com os gestores do SUS, Ranking dos procedimentos realizados, detalhes das cirurgias por especialidade médica, além das estatísticas de cirurgia por idade do paciente, tempo médio de espera desde a primeira consulta até a data do procedimento cirúrgico, sendo todas as informações apresentadas em formas de gráficos para uma melhor interpretação dos dados. **Conclusão:** Este painel melhorou o acompanhamento dos dados em geral e dos principais indicadores do setor responsável em monitorar as cirurgias eletivas e agilizou o processo de tomada de decisão para a elaboração de planos de ações e estratégias que buscam a melhoria do processo, desde a primeira consulta até o momento do procedimento cirúrgico.

## 26170 - SISTEMAS DE RELATÓRIO DE NOTIFICAÇÕES DE INCIDENTES DE SEGURANÇA DO PACIENTE: REVISÃO DE ESCOPO

RENATA LIMA G CAROCCINI - UNIFESP, GEISA COLEBRUSCO DE SOUZA GONÇALVES - UNIFESP, ELENA BOHOMOL - UNIFESP, ANDREIA CRISTINA FEITOSA DO CARMO – UNIFESP

**Objetivo:** Identificar na literatura científica quais são as características dos sistemas de notificação de incidentes de segurança do paciente que contribuem para a aprendizagem organizacional. **Método:** Revisão de escopo realizada a partir dos parâmetros de qualidade do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews – PRISMA-ScR, com protocolo publicado na Plataforma Open Science Framework (OSF) para responder à seguinte pergunta: quais são as características e qualidades dos sistemas de notificação de incidentes que contribuem para a aprendizagem organizacional e para a segurança do paciente? A categorização dos artigos seguiu a diretriz da Organização Mundial de Saúde (OMS) intitulada Minimal information model for patient safety incident reporting and learning systems: user guide. **Resultados:** Observamos uma variabilidade de serviços de saúde dentre as 18 produções científicas publicadas entre 2010 e 2020 sobre o sistema de notificação apresentaram 100% de objetivos como principal finalidade relacionadas as lições de aprendizagem em segurança do paciente. **Conclusões:** Os sistemas se declaram voluntários, a divulgação se dá em maioria por relatório individual e as notificações no sistema, em grande parte, são realizadas pelos profissionais de saúde. As características do sistema com divulgação confidencial e sigilosa da notificação, a partir da perspectiva frente aos incidentes em saúde, revela a importância de se aprender com os eventos adversos e discutir melhorias nas organizações.



## 26184 - TECNOLOGIAS EDUCACIONAIS NO ENSINO DO CUIDADO SEGURO DA CRIANÇA COM ALERGIA NO AMBIENTE ESCOLAR

DÉBORA CRISTINA MENDONÇA DE ANDRADE - UFF, ANA KARINE RAMOS BRUM – UFF (RJ)

**Introdução:** Segundo a Organização Mundial de Saúde, 35% da população brasileira possui algum tipo de alergia, e os principais tipos de alergia são as alergias alimentares. Estudos da Associação Brasileira de Alergia e Imunologia afirmam que entre 6% e 8% das crianças e entre 2 e 3% dos adultos têm alergias alimentares (AA). E dentre todas, a alergia a proteína do leite de vaca é a causa mais comum de alergia alimentar em crianças e adolescentes. **Objetivo geral:** Desenvolver tecnologias educacionais, com ênfase na produção de um Ebook como ferramenta pedagógica para embasar o ensino à distância do cuidado seguro da criança com alergia a proteína do leite de vaca e demais alergias, para a formação profissional dos enfermeiros e profissionais de educação. **Objetivos específicos:** 1- Analisar as publicações nacionais e internacionais existentes sobre a gestão do cuidado seguro da criança alérgica a proteína do leite de vaca com risco de anafilaxia no ambiente extra-hospitalar; 2- Identificar o conhecimento dos graduandos de enfermagem sobre a gestão do cuidado seguro da criança com alergia; 3- Apresentar a elaboração e aplicação de uma oficina para o ensino de acadêmicos de enfermagem, com a construção de um Plano de Ação; 4- Estruturar um curso na modalidade a distância para o ensino de todos os profissionais que atuam nas escolas; 5- Produzir e validar um Ebook como material didático para embasamento do curso na modalidade à distância; 6- Propor um Plano de Intervenção para o Cuidado Seguro na formação profissional dos enfermeiros e para os profissionais de educação. **Método:** Trata-se de uma pesquisa do tipo aplicada de natureza interventiva com desenvolvimento de tecnologias educacionais baseadas no método Design Thinking, ou seja, centradas no ser humano. A coleta de dados se deu durante uma oficina pedagógica, que foi estruturada com base na Metodologia da Problematização, onde foi aplicado um Pré e Pós-teste, utilizando um questionário semiestruturado, autoaplicável, composto por questões fechadas. Também foi elaborado pelos participantes um Plano de Ação abordando a temática referente à segurança da criança alérgica a proteína do leite no ambiente escolar. A partir desta oficina e de uma revisão prévia estruturou-se um Ebook como material didático do curso na modalidade à distância que se pretende aplicar posteriormente a este estudo. O Ebook foi validado por juízes especialistas através de um instrumento composto por vinte e dois itens, divididos em três blocos para avaliação da tecnologia educacional, adaptado da ferramenta proposta por TEIXEIRA (2011). **Resultados:** Participaram da oficina pedagógica 16 acadêmicos de enfermagem. Observou-se que 75% (12) referiram ter tido a escola como campo de estágio e 25,0% (4) disseram não ter passado ainda por uma escola no estágio curricular. Dentre os estudantes, 56,25% (9) disseram conhecer o Programa Saúde na Escola 43,75% (7) não conhecem esta Política Pública. Quando indagados sobre se conseguiam correlacionar os conteúdos de segurança do paciente com o ambiente escolar, 62,5% (10) disseram que sim e 37,5% (6) afirmaram não conseguir. Entretanto, 100% (16) deles reconheceram que a criança com alergia ao leite de vaca está sujeita a riscos na escola. **Conclusões:** Constatou-se que o objetivo da oficina pedagógica foi cumprido. Foram construídos conhecimentos de forma coletiva, os participantes puderam sentir e visualizar a situação-problema apresentada, entendendo o papel e a importância de cada ator neste cenário. Discutiu-se como o enfermeiro pode atuar e ser o profissional de saúde responsável pelo planejamento das ações de gestão do cuidado da criança com APLV e demais alergias, e agir na elaboração e na implementação de estratégias que possam propiciar um ambiente escolar com um mínimo aceitável de riscos às crianças. O uso da metodologia da Problematização em combinação com ferramentas de gestão, mostrou-se satisfatório, e pode ser aplicado em diferentes contextos de cuidado em enfermagem. Sugere-se ampliar a oportunidade de se trabalhar conteúdos de segurança do paciente, em todas as disciplinas assistenciais do Currículo de Enfermagem, para que

se aprenda a identificar os riscos, medir o dano, compreender as causas, identificar as soluções, avaliar o impacto e transpor a evidência em cuidados mais seguros. Como proposta de continuidade deste projeto, almeja-se a implementação de um curso na modalidade de ensino a distância com suporte do Ebook Cuidado Seguro da criança com alergia alimentar no ambiente escolar, já validado por juízes especialistas.

## 26259 - DESAFIOS PARA ADESÃO À HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE: SCOPING REVIEW

IAGO MATHEUS BEZERRA PEDROSA - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, GLAUBER WEDER DOS SANTOS SILVA - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA DO RIO GRANDE DO NORTE, LAÍS MAYARA DA SILVA - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA DO RIO GRANDE DO NORTE, ELISÂNGELA FRANCO DE OLIVEIRA CAVALCANTE - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

**Introdução:** A higienização das mãos é uma conduta simples e se configura como o meio mais efetivo para a prevenção das Infecções Relacionadas à Assistência em Saúde (IRAS). No entanto, as taxas de adesão e conformidade permanecem baixas no serviço hospitalar. Este estudo propõe responder a seguinte pergunta: quais são os desafios para adesão à higienização das mãos nos serviços de saúde? **Objetivo:** Mapear os desafios para adesão à higienização das mãos por parte dos profissionais de saúde no contexto hospitalar. **Método:** Estudo de revisão, do tipo scoping review, norteador pelo Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual. As buscas foram realizadas nas bases de dados PUBMED, LILCAS, CINAHL, Web of Science e Catálogo CAPES de teses, no mês de junho de 2022. De um total de 256 publicações, foram elegíveis 12 para inclusão no estudo. **Resultados:** As barreiras para motivação à higienização das mãos estão presentes nas seguintes dimensões: 1. Organizacional - ausência de cultura institucional de segurança, processos pouco definidos, inadequação do planejamento e vigilância do Serviço de Controle de IRAS, com ausência de supervisão e metas; 2. Estrutural - falta de insumos e equipamentos, como pias, dispensadores de sabão, álcool a 70%, papel toalha e cartazes/lembretes; 3. Assistencial - subdimensionamento de pessoal, sobrecarga de trabalho, remuneração salarial insuficiente, ausência de plano de cargo e carreira, que valorize as intervenções em saúde e melhoria da qualidade, além da sensação de execução de tarefas sem compreensão; 4. Educacional - ausência de treinamentos e educação permanente, de feedbacks sobre adesão e seu impacto na redução das IRAS e de feedbacks das taxas de IRAS nos serviços. **Conclusão:** A baixa motivação à adesão a higienização das mãos é um fenômeno complexo, relacionado às dimensões organizacional, estrutural, assistencial e educacional. Denota-se, sobretudo, a necessidade de estabelecer efetivamente uma cultura de segurança do paciente, por meio de um planejamento e avaliação permanente das práticas seguras nos serviços de saúde.

**E-POSTER – TRILHA 1**

**E-POSTER: EP01\_Acreditação, cultura e liderança: eliminação de danos graves evitáveis e criação de sistemas de alta confiabilidade na assistência à saúde**

## 26442 - @PANÇAFOCANACRIANÇA: TRABALHANDO A SEGURANÇA DO PACIENTE EM PEDIATRIA NO INSTAGRAM

TIAGO CHAGAS DALCIN - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE E HOSPITAL MOINHOS DE VENTO (PORTO ALEGRE, RS)

**Introdução:** O Programa Nacional de Segurança do Paciente afirma que um dos eixos mais difíceis de atuação é o Eixo do Envolvimento do Cidadão na sua segurança. O documento afirma: "É importante utilizar a grande mídia para informar aos cidadãos que podem e devem solicitar aos profissionais da Saúde que lavem as mãos antes de examinar ou realizar um procedimento, ou saber se o medicamento que está sendo administrado é o correto". Atualmente a grande mídia está presente também nas redes sociais. Adicionalmente, uma das populações mais vulneráveis em segurança do paciente é a população pediátrica. Dessa forma, justifica-se ações de popularização da segurança do paciente pediátrico em redes sociais. **Objetivos:** Descrever a experiência da criação e desenvolvimento de uma rede social no Instagram (uma das três maiores redes sociais) com foco em Segurança do Paciente Pediátrico. **Descrição da execução:** No dia 12 de outubro de 2020 o autor criou um perfil no Instagram chamado @pançafocanacriança. O nome foi pensado em conjunto com a criação de um personagem lúdico chamado Pança. O personagem foi uma foca ilustrada como desenho animado e na cor laranja (cor da segurança do paciente). O nome do perfil foi para deixar claro o foco na população pediátrica. Pança é resultado da combinação de Pediatria (P) com a palavra segurança (ANÇA). A rede está ativa com postagens diversas, em sua grande maioria voltadas para a temática Qualidade e Segurança do Paciente em Pediatria e direcionadas tanto para a população quanto para profissionais de saúde. **Análise crítica dos resultados:** Desde a criação já foram realizadas 187 postagens na rede social, sendo que 68% (128) com foco em qualidade e segurança do paciente. O perfil atualmente conta com mais de 440 seguidores e as postagens incluem desde divulgação de materiais educacionais existentes e eventos científicos na temática até a produção de materiais educacionais originais como vídeos e tirinhas. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** É possível trabalhar a temática Segurança do Paciente em Pediatria em rede social com boa receptividade. Um dos desafios é manter a periodicidade das postagens e criar conteúdos originais na temática.

Existência de financiamentos: sem financiamento.

Agradeço a parceria realizada com Diego Madia, ilustrador do Pança.

**26036 - A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL**

ERIC ROSA PEREIRA - ENSP-FIOCRUZ, CLÁUDIA TARTAGLIA REIS - ENSP-FIOCRUZ, MÔNICA SILVA MARTINS - ENSP-FIOCRUZ

**Introdução:** A assistência pré-hospitalar móvel é realizada em locais diversos onde o atendimento emergencial, seja de natureza clínica, traumática, obstétrica, psiquiátrica ou pediátrica, se faz necessário. Habitualmente, os atendimentos são realizados em ambientes incontroláveis, que envolvem riscos para os pacientes e profissionais. Conhecer a cultura de segurança partilhada entre os profissionais deste setor é oportuno, visto que uma cultura de segurança fortalecida está associada à diminuição da ocorrência de danos e de melhores resultados para os pacientes.

**Objetivo:** Identificar estudos que tenham avaliado a cultura de segurança do paciente no atendimento pré-hospitalar móvel. **Método:** Revisão integrativa da literatura tendo como bases de dados a Web of Science, CINAHL, MEDLINE e LILACS. Os seguintes descritores em inglês foram utilizados, interligados ao operador booleano and: organizational culture; emergency medical services; ambulances; quality of health care e patient safety. Foram incluídos os estudos publicados entre 2016 e 2021, nos idiomas inglês, espanhol e português, cuja metodologia tenha contemplado a aplicação de instrumento de avaliação da cultura de segurança entre os profissionais do atendimento pré-hospitalar móvel. Artigos específicos de avaliação da cultura de segurança em hospitais, em serviços de emergência intra-hospitalares e em unidades básicas de saúde foram excluídos. **Resultados:** Foram encontrados 1093 artigos. Após leitura dos títulos, 04 artigos foram selecionados para leitura na íntegra e os mesmos foram incluídos na revisão. **Conclusão:** Os estudos que têm por objeto investigar a cultura de segurança do paciente entre os profissionais de atendimento pré-hospitalar móvel são escassos na literatura científica. Há a necessidade de investimentos para mensuração da segurança do paciente no atendimento pré-hospitalar móvel para identificar as áreas potenciais que necessitam melhorias no sentido de prestar um cuidado de qualidade e seguro nesse contexto.

**26248 - A GESTÃO DA QUALIDADE E GESTÃO POR PROCESSOS NO SEGMENTO HOSPITALAR**

JOSÉ FERNANDO FARO - PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA - PUC MINAS (MG)

Em qualquer que seja o segmento, a busca por resultados satisfatórios é sempre um grande desafio. No segmento hospitalar, as dificuldades e complexidades são grandes. Desta forma, modelos que possam contribuir com o desempenho deste setor e elevar o grau de satisfação de partes interessadas são sempre importantes aliados. O presente trabalho enfatiza a importância de modelos pautados na gestão da qualidade e na gestão por processos para tornar o ambiente de trabalho mais propício a produzir entregáveis melhores e que possam contribuir para melhorias diversas na percepção das partes interessadas pertinentes. As certificações contribuem muito com a padronização das rotinas e das melhores práticas, mas devem ser precedidas de uma estruturação robusta da gestão da qualidade e do conhecimento de seus processos, rotinas, objetivos e resultados planejados. A gestão da qualidade contribui para estruturação de atividades de planejamento, operação, suporte e de melhoria. Dentro deste contexto, o foco no cliente e a busca por sua satisfação são fatores preponderantes. Há de se considerar, que não somente clientes ou pacientes são os únicos interessados na consistência dos serviços prestados em hospitais. Diversas outras partes possuem interesses bem delineados e focados nos serviços dos hospitais, suas rotinas, eficiência e eficácia, bem como de sua confiabilidade. Para que todas as engrenagens funcionem perfeitamente, é preciso haver uma adequada abordagem de processo acontecendo nos diversos processos do hospital. Desde o atendimento inicial, até o ponto de impacto e retornos, além da realização dos exames e demais eventos necessários, organizar os processos apropriadamente contribui grandemente para a realização das políticas e diretrizes institucionais. O presente trabalho procura associar, portanto, estes dois modelos baseados em qualidade e processo, onde combinados, podem produzir efeitos positivos sobre a qualidade dos processos existentes no segmento hospitalar. Além de considerar as certificações existentes e aplicáveis ao segmento, o intuito é apresentar os ganhos possíveis com a implementação dos modelos mencionados, tendo como premissa, elevar a satisfação das partes interessadas pertinentes, utilizando para tanto, um modelo de gestão da qualidade pautados em normas internacionais como a ABNT NBR ISO9001:2015, regulamentações do setor e demais requisitos e boas práticas estabelecidas pela própria organização. Considerando ainda, a estruturação dos processos em uma visão mais ampla, onde entradas, processamento, saídas, resultados, indicadores e recursos são explorados para que a qualidade dos entregáveis possam elevar a percepção do grau de satisfação das partes interessadas pertinentes no ambiente hospitalar, o que inclui pensar nos interesses de acionistas, funcionários, colaboradores, fornecedores, sociedade, governo e outras que possam ser influenciadas ou influenciar, conforme aplicável.

## 26300 - A IMPORTÂNCIA DA TECNOLOGIA PARA UMA COMUNICAÇÃO SEGURA

LUIZ HENRIQUE DE FREITAS FILHO - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, NILCILENE PINHEIRO SILVA - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, CRISTINA DE CARVALHO SILVA NEVES - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, GUSTAVO CONSTANTINO CAMPOS - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (SP)

**Introdução:** A tecnologia é uma ferramenta organizacional importante para facilitar as etapas da comunicação intra e extra institucional e viabilizar processos seguros e qualificados. Os recursos tecnológicos aplicados de forma adequada aos processos de trabalho podem reduzir custos e atividades que não agregam valor, além de favorecer o aumento da produtividade e ampliar a qualidade do serviço de saúde. O Banco de Tecidos e Terapia Celular (BTTC) da Unicamp conta com infraestrutura moderna e estratégias tecnológicas que integram a gestão de qualidade à segurança dos processos para uma distribuição segura de tecidos para uso em transplantes. A comunicação segura é fundamental em toda jornada do tecido, que vai desde a busca ativa do potencial doador até a chegada deste após processado ao cliente final. A fim de garantir uma comunicação efetiva nesse processo e atender a segunda meta divulgada pela Joint Commission em 2005 e amplamente divulgada pela ANVISA para “melhorar a efetividade da comunicação entre os profissionais de saúde”, a equipe do BTTC desenvolveu um site de comunicação integrado à Intranet do HC Unicamp.

**Objetivo:** Relatar o desenvolvimento de um site de comunicação integrado à Intranet do HC Unicamp. **Descrição da execução:** Para o desenvolvimento do site foram consideradas as necessidades do setor e de suas interfaces, utilizado o relatório A3 da filosofia Lean para o desenho e monitoramento do projeto que foi iniciado em maio de 2021 e que após as implementações necessárias foi finalizado e publicado em junho de 2021. Com a reestruturação da intranet do HC Unicamp, que foi realizada no início de 2022, o BTTC iniciou um novo ciclo de melhoria para padronização de layout e integração do site à Intranet do HC Unicamp para garantir a segurança dos dados com acesso por meio de usuário e senha institucional. **Análise crítica dos resultados:** O impacto deste processo foi evidenciado durante a inspeção sanitária que ocorreu em maio de 2022. Neste período o site do BTTC foi utilizado na prática, momento em que foi possível apresentar todos os processos de trabalho estabelecidos no setor, assim como os treinamentos, impressos padronizados, protocolos, manuais, indicadores e a gestão sanitária. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** A importância da tecnologia foi evidenciada com a obtenção da licença sanitária liberada em junho de 2022 por apresentar além da estrutura necessária, uma gestão compartilhada, que permite o acesso oportuno às informações e promove a segurança e qualidade dos processos para a disponibilização de tecidos seguros aos transplantes.



## 26234 - A VISITA TÉCNICA NAS UNIDADES DE SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA EM RIBEIRÃO PRETO -SP

KARINA DOMINGUES DE FREITAS - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO/PÓS GRADUANDA EERP USP, ANAZILDA CARVALHO DA SILVA - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO, ANDREA CRISTINA SOARES VENDRUSCOLO - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO, LAUREN SUEMI KAWATA - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO, MARIA DE FÁTIMA PAIVA BRITO - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO, LILIAN CARLA DE ALMEIDA - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO (SP)

**Introdução:** A supervisão, se realizada considerando sua dimensão educativa, pode contribuir para rever processos de trabalho e favorecer a avaliação de resultados. **Objetivo:** Este artigo tem objetivo de descrever o processo de visitas técnicas realizadas por membros do Núcleo de Segurança do Paciente (NSPAC), da Comissão de Controle de Infecção (CCI) e equipe de gestão da enfermagem da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto (SMS-RP), às Unidades de Saúde. **Descrição da execução:** Trata-se de um relato de experiência. A fim de fortalecer as práticas seguras, a Divisão de Enfermagem, a CCI e o NSPAC da SMS, organizaram um cronograma de visita às unidades, elaboraram instrumentos tipo check-list para as áreas operacionais. **Análise crítica dos resultados:** As visitas foram realizadas por cerca de 4 membros, com média de duração de 2 horas. Foram iniciadas em novembro de 2018, e até maio de 2022 foram realizadas 63 visitas em unidades de atenção básica e ambulatórios de especialidades. Foram identificadas diversas situações envolvendo materiais, processo de trabalho e infraestrutura, como: ausência de determinados materiais disponíveis no almoxarifado central, ausência ou não cumprimento de normas e rotinas nos sítios funcionais (checagem de medicamentos, materiais e carro de urgência, controle de limpeza de câmaras de vacina), dificuldade ou não realização da sistematização da assistência de enfermagem, ausência de atividades (educação permanente, grupos, visita domiciliares). As visitas também puderam demonstrar algumas fragilidades e ainda mapear os riscos existentes, as falhas de algumas medidas de prevenção e controle de infecção, segurança do paciente e equipe. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** As visitas foram oportunidades de aproximar a gestão das equipes e usuários e disparar processos para implantação e/ou aprimoramento de práticas seguras, bem como oportunizar momentos de reflexão dos processos de trabalhos da equipe. A comunicação é essencial para atingir os objetivos previstos e pode ser demonstrada nas orientações “in loco”, pois fortalecem as equipes e ampliam o trabalho com segurança, transformando em práticas resolutivas.

**26048 - ABRIL PELA SEGURANÇA DO PACIENTE: INTERVENÇÃO PARA MELHORAR A COMUNICAÇÃO EFETIVA E AUTOCUIDADO MEDICAMENTOSO**

CECÍLIA OLÍVIA PARAGUAI DE OLIVEIRA SARAIVA - UFRN, ANDRESSA CRISTINA GOMES DA SILVA - UFRN, MARIANA RAMALHO DE CASTRO MACEDO - UFRN, NATÁLIA GENTIL LINHARES - UFRN, SARAH ELISABETH CHAVES BARROS - UFRN, YASMIM BRENA MOREIRA DE LIMA - UFRN

**Introdução:** A campanha “Abril pela Segurança do Paciente” é uma proposta de marcar o mês simbolizado pelo lançamento do Programa Nacional de Segurança do Paciente no Brasil. No Rio Grande do Norte foram eleitos os temas “Comunicação efetiva e autocuidado medicamentoso” com objetivo de estimular nos profissionais a participação consciente de pacientes e usuários do sistema de saúde em relação à sua própria segurança. **Objetivo:** Relatar a experiência de uma intervenção para melhorar a comunicação efetiva e autocuidado medicamentoso nos serviços de saúde do Rio Grande do Norte a partir da campanha Abril Pela Segurança. **Descrição da execução:** As intervenções ocorreram em 22 dias de abril de 2022, em sete hospitais, em parceria entre a Universidade Federal do Rio Grande do Norte, a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente e as secretarias municipal e estadual de saúde. Foram utilizadas as abordagens problematizadoras a partir da dramatização envolvendo estudantes de enfermagem, saúde coletiva e profissionais da saúde desses hospitais. Os profissionais de cada serviço participavam como espectadores ativos, e interferiam nas cenas identificando e intervindo em possíveis falhas na comunicação efetiva entre profissionais e pacientes relacionadas ao uso de medicamentos, com foco na literacia em saúde, trazendo uma reflexão para a realidade vivida por eles. Com intuito de dinamizar o momento, um cordel foi elaborado para sensibilizar os profissionais sobre o tema. **Análise crítica dos resultados:** As atividades permitiram um diálogo transparente e horizontal partindo de situações reais que os profissionais vivenciam em sua rotina. Estimulou o raciocínio para identificar riscos, inserir o paciente no centro do cuidado e suscitar caminhos para melhorar a comunicação e o envolvimento do paciente. As dificuldades encontradas permeiam a indisponibilidade de intervalo durante o plantão dos profissionais para participar das ações, contudo em todas as instituições a adesão foi satisfatória. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** Enquanto contribuições destacam-se o diálogo reflexivo sobre a percepção do próprio trabalho, o serviço automatizado, e os fatores que melhoram o trabalho em equipe e a comunicação. Foram pontos altos percebidos e que servirão de parâmetro para a melhoria da oferta do cuidado.

**26095 - ACREDITAÇÃO EM HOSPITAL FILANTRÓPICO NO INTERIOR DA BAHIA – DESAFIOS E AVANÇOS NO CENÁRIO PANDÊMICO**

JACKELINNE SIMÕES BARBOZA COSTA - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE SANTA CRUZ, SAMILLA SEARA COSTA - SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ITABUNA, SAMILLE GREICE JORGE - SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ITABUNA, KELI CRISTINA BOMFIM - SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ITABUNA, NATHÁLIA TRINDADE SANTA ISABEL VALETE - SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ITABUNA, GABRIELA LINS G.G. DE CARVALHO - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE SANTA CRUZ (BA)

Em março de 2021, em plena pandemia, um hospital filantrópico de grande porte no interior da Bahia decide retomar a busca pela certificação ONA após 18 meses de suspensão do projeto, dentre os quais 12 dedicados especificamente à luta contra o COVID 19. O objetivo do relato de experiência é compartilhar o planejamento e a metodologia de trabalho para a implantação do processo de Gestão da Qualidade fundamentado na metodologia nacional de acreditação, sua adaptação ao contexto local e sanitário. A justificativa está na contribuição às reflexões teórico-práticas da acreditação. Sobre o método, trata-se de um relato de experiência, de abordagem crítico-reflexiva, acerca da implantação metodologia ONA em um hospital filantrópico de grande porte na região Sul da Bahia no período de 2018 a 2021. Cronologicamente, da realização do Diagnóstico Situacional ONA, à revisão do Planejamento Estratégico – ambos ainda no primeiro semestre de 2018, o início dos trabalhos marcou também a implantação do Escritório Integrado da Qualidade e Segurança do Paciente. O processo teve apoio da Alta Gestão, contratação de consultoria e aquisição de sistema operacional estratégico. Em março de 2019, estavam implantados os subsistemas Gestão de Documentos, Gestão de Indicadores, Balanced Scorecard, Gestão de Notificações e Gestão de Projetos; as não conformidades de processos apontadas em diagnóstico gerenciadas e as demandas de ordem financeira planilhadas e elaborados projetos de captação de recursos. Com chamamento da visita previsto para novembro de 2019, o projeto foi adiado, deparando-se em 2020 com a chegada da pandemia do Novo Coronavírus. Já em março de 2021, foi tomada a decisão de chamamento da certificação para aquele ano, ocorrendo em novembro de 2021 com a recomendação pela certificação ONA 1. Entre as dificuldades no momento pandêmico, a necessidade de manter capacitações extras devido ao elevado turnover e absenteísmo; os treinamentos em modalidade remota; o encarecimento de insumos e equipamentos. Além do selo de qualidade, somaram-se um sistema de qualidade robusto com 61 processos mapeados, 39 da unidade hospitalar e 22 da mantenedora; 1.610 documentos publicados em sistema, entre monitorados e formulários; 77 indicadores implantados, sendo 20 estratégicos, 44 gerenciais e 26 operacionais; 1.440 notificações em sistema somente naquele ano.

## 26118 - ANÁLISE DOS CUSTOS HOSPITALARES POR OCORRÊNCIA DO EVENTO ADVERSO DE ASPIRAÇÃO BRONCOPULMONAR

ÉRICA FERREIRA SANTOS GASTALDI - HOSPITAL DE CLÍNICAS - UNICAMP, MARCELO GUSTAVO PEREIRA - HOSPITAL DE CLÍNICAS - UNICAMP, LUCIANA CASTILHO DE FIGUEIREDO - HOSPITAL DE CLÍNICAS - UNICAMP, GILMARA CRISTIANE FERREIRA - HOSPITAL DE CLÍNICAS - UNICAMP, SIMONE FERNANDES DAVI MARQUES - HOSPITAL DE CLÍNICAS - UNICAMP, PATRÍCIA BLAU MARGOSIAN CONTI - HOSPITAL DE CLÍNICAS – UNICAMP (SP)

**Introdução:** O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) reafirma a necessidade da gestão de riscos e a implantação de ações e estratégias que possibilitem a redução de eventos adversos (EA) relacionados à assistência à saúde. A aspiração broncopulmonar (ABP) em ambiente hospitalar pode agravar a clínica do paciente, desenvolver um quadro de pneumonia, com necessidade do uso prolongado de antibióticos, aumentar a demanda de atendimento da equipe, prolongar o tempo de internação e, conseqüentemente, aumentar os custos hospitalares e o risco de evolução para óbito. **Objetivo:** Avaliar a redução de custos gerais hospitalares após a implantação de ações de melhoria de gestão de riscos da ABP, bem como a implantação de ações e estratégias de redução do EA e execução de medidas de prevenção. **Método:** Por meio de um relatório A3 para implantação de ações de melhorias, vinculado ao escritório de projetos da instituição, as etapas de contextualização do problema, objetivos e metas SMART, mensuração, mapeamento e análise da situação atual, proposta de situação futura e elaboração do plano de ação foram definidas e executadas no período de agosto de 2021 a maio de 2022. Foi escolhida uma unidade de internação para um teste piloto da implantação das medidas de melhoria e início da gestão de riscos da ABP, bem como a implantação de ações e estratégias que possibilitem aos profissionais de saúde a execução de medidas de prevenção e conseqüente redução de EA e custos hospitalares. O valor da diária de internação na enfermagem piloto e da UTI foi obtidos no setor de finanças do hospital. **Resultados:** Foram realizadas 2940 observações de dados de pacientes internados no período de novembro de 2021 a abril de 2022. Os fatores de risco com maior prevalência foram relacionados à idade maior que 60 anos (22%), uso de sonda nasogástrica (15,3%) e presença de vômitos e distensão abdominal (11,9%). Os indicadores de taxa de pacientes com risco de ABP e taxa de pacientes com ABP/dia foram monitorados. **Conclusão:** Muito embora a taxa de pacientes com risco de ABP tenha sido mantida (inicial=67,7% x final=81,6%), após a implantação das medidas de melhoria, houve uma diminuição do indicador taxa de paciente com ABP/dia (inicial=4,6% X final=zero). Sendo assim, houve uma economia estimada em torno de 92.170 reais por 15 dias de internação para antibioticoterapia, de cada paciente com ABP.

## 26076 - APLICAÇÃO DE UM CICLO DE MELHORIAS DA QUALIDADE NO PROCESSO DA PRESCRIÇÃO NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

BEATRIZ BARROS MARTINS - UFPB/HULW, LISANDRA FRANCILINO FERNANDES - UFPB/HULW, MAXSYARA FELISMINO DA SILVA SOARES - UFPB/HULW, MABEL MENDES CAVALCANTI - UFPB/HULW

**Introdução:** O processo de assistência à saúde sujeita-se a vários eventos adversos em todos os serviços de saúde e estudos evidenciam que cada paciente internado está passível a, pelo menos, um erro de medicação diário. Os erros no sistema de organização, implantação e execução do serviço, devem ser encarados como oportunidade de otimização para erradicar o risco de danos reais à saúde. **Objetivo:** Avaliar a eficácia de um ciclo de melhorias na qualidade das prescrições do Hospital Universitário, identificando maneiras de tornar as prescrições mais seguras. **Método:** Tratou-se de um estudo transversal, prospectivo e documental realizado no setor de Clínica Médica, no período de agosto a outubro de 2021. A coleta de dados foi realizada por análise de prescrições e preenchimento de formulário próprio. Semanalmente, escolhia-se 30% das prescrições aleatoriamente, através de sorteador online. Logo após, o formulário estruturado segundo as recomendações do Instituto para Práticas Seguras no uso de Medicamentos norteava a aferição. **Resultados:** Ao todo, foram avaliadas 181 prescrições que abarcavam 2.190 medicamentos. A taxa de erros por prescrição foi de 8,93% e de medicamentos prescritos com erro, 63,01%. Entre os pontuados, prevaleceram a ausência de dose/dosagem (27%) seguida do uso de abreviaturas contraindicadas (22,7%). Na primeira semana, 73,9% dos medicamentos continham erros até alcançar um ápice de 74,8% na oitava semana. À medida que a análise era feita, práticas de intervenção eram executadas com os prescritores. Ao passo que, a partir da nona semana iniciou-se um declínio contínuo de percentuais abaixo da mediana (70,9%) que chegaram a atingir 42%. A observância de tais equívocos propiciou ações interventoras de contribuição à segurança do paciente, concretizando as melhorias almejadas. O êxito foi significativo a ponto de haver prescrição sem conter quaisquer erros. **Conclusão:** Desta forma, a experiência proporcionou grande colaboração para a Instituição e para os profissionais inseridos, como: melhoria na cultura de segurança do paciente; aprimoramento do conhecimento; adoção de melhores práticas de prescrição; fortalecimento das relações multiprofissionais e estímulo à educação continuada.

O trabalho foi desenvolvido com financiamento próprio e sem conflito de interesses.

**26133 - ATUAÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE NA CERTIFICAÇÃO DO SETOR DE ECOCARDIOGRAFIA HOSPITALAR**

BRUNA MOREIRA BARROS - HOSPITAL DE MESSEJANA DR. CARLOS ALBERTO STUDART GOMES, JOSÉ DIÓGENES MARQUES RIBEIRO FILHO - HOSPITAL DE MESSEJANA DR. CARLOS ALBERTO STUDART GOMES, ANDRÉA MAGALHÃES DE AQUINO HERMÍNIO - HOSPITAL DE MESSEJANA DR. CARLOS ALBERTO STUDART GOMES, SANDRA NÍVEA DOS REIS SARAIVA FALCÃO - HOSPITAL DE MESSEJANA DR. CARLOS ALBERTO STUDART GOMES, ANTÔNIA KAROLINE ARAÚJO OLIVEIRA - HOSPITAL DE MESSEJANA DR. CARLOS ALBERTO STUDART GOMES, CAMILA FERNANDES MENDES - HOSPITAL DE MESSEJANA DR. CARLOS ALBERTO STUDART GOMES (FORTALEZA, CEARÁ)

**Introdução:** O Departamento de Imagem Cardiovascular (DIC) da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) abriu em 2018 inscrições para hospitais interessados em participar da Certificação por Distinção dos Serviços de Exames Diagnósticos Cardiológicos, inédita no país. Um dos dois serviços escolhidos, dentre os 68 inscritos, foi um hospital público de ensino do Ceará. **Objetivo:** Descrever a atuação do Núcleo da Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) para certificação do setor de ecocardiografia de um hospital de ensino do Ceará. **Descrição da execução:** Estudo descritivo, com abordagem qualitativa, onde o cenário foi um hospital público de ensino, de nível terciário, com 463 leitos, referência regional em cardiologia e pneumologia. O período da avaliação por parte da instituição acreditadora, Instituto Qualisa de Gestão (IQG), foi de setembro de 2019, quando ocorreu a primeira visita diagnóstica, a abril de 2022. O hospital foi o primeiro do Brasil a receber tal certificação. O relato baseou-se na vivência, observações e anotações dos autores. **Análise crítica dos resultados:** O NQSP esteve presente nas visitas de diagnóstico e de acompanhamento do processo de certificação, apresentando ações e protocolos já implementados, elaborando e implementando novos processos e fluxos de qualidade e práticas de assistência segura, além de intensificar treinamento no setor. As práticas que mais geraram impacto na qualidade do serviço foram: alteração da prescrição médica para identificação dos medicamentos potencialmente perigosos (MPP); treinamento de uso seguro de medicamentos, e dos protocolos de identificação e prevenção de queda; ações de incentivo a notificação de eventos adversos, queixas técnicas de produtos e não conformidades; construção de cartilha digital com acesso por QR-Code para empoderar pacientes e acompanhantes no cuidado; e implementação da conciliação medicamentosa. Dos itens avaliados pelo IQG, o NQSP participou em 57%. **Lições aprendidas e contribuições a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** A experiência apresentada indica que o NQSP atuou como uma entidade catalisadora de mudança de práticas dentro da instituição, facilitando o processo de certificação do setor de ecocardiografia. O resultado pode influenciar as demais unidades do hospital na promoção de maior qualidade e segurança assistencial.

## 26374 - AUDITORIA EDUCATIVA DA QUALIDADE: UMA ABORDAGEM PARA ADESÃO E MELHORIA DA CULTURA DE SEGURANÇA

JULIANA MAZZUCO DE OLIVEIRA SANTOS - HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ, MARIANE SANTOS SILVA - HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ, PAOLA BRUNO DE ARAUJO ANDREOLI - HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ (SÃO PAULO, SP)

**Introdução:** A adesão no cumprimento de padrões de qualidade pela equipe assistencial nas instituições hospitalares tem papel fundamental para uma assistência segura. Porém a abordagem para entendimento e cumprimento pelos colaboradores, necessita de uma estratégia que envolva motivação, compreensão e aprendizagem. Dessa forma o modelo de auditoria interna com abordagem educativa contribui para uma cultura colaborativa em prol da qualidade e segurança de pacientes e colaboradores. **Objetivo:** Descrever o plano de auditoria interna com foco educativo para cultura de segurança no ambiente hospitalar. **Descrição da execução:** A proposta foi realizada em fevereiro de 2022, após discussão interna entre a equipe da Qualidade e lideranças da instituição, com foco na melhoria da adesão de padrões de qualidade nas áreas assistenciais. A partir disso realizou-se estudo, análise e definição dos padrões a serem monitorados. Elaborado a estrutura para a realização das auditorias nas áreas assistenciais com total de 30 padrões. Divulgado o plano para as diretorias e lideranças com aprovação e início em maio 2022. **Análise crítica dos resultados:** Entre as ações propostas da estratégia 71% foram concluídas e 29% em andamento. Entre os meses de maio e junho 24 unidades assistenciais foram auditadas, com total de 196 oportunidades de verificação e educação com os colaboradores. O acompanhamento das oportunidades de melhoria é feito mensalmente e são tratadas junto aos times e grupos de trabalhos relacionados aos processos. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** A auditoria nas áreas assistenciais é uma ferramenta importante para educação dos profissionais no cumprimento e adesão aos padrões de qualidade definidos. Possui contribuição direta com o vínculo entre os colaboradores e áreas de apoio que auxiliam no monitoramento contínuo desses processos com objetivo de manter a segurança do paciente, familiares, colaboradores e a manutenção da confiabilidade da prática.

## 26447 - AUDITORIA OBSERVACIONAL EM EXPURGOS E ARSENAIS DESCENTRALIZADOS EM UMA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR DE GRANDE PORTE

ANA PAULA VIEIRA FARIA – UFMF, LIFECENTER - NOTREDAME INTERMÉDICA (MG)

**Introdução:** A Central de Material e Esterilização (CME) é o setor responsável por garantir a qualidade e segurança nos cuidados prestados aos pacientes, principalmente, pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos ou invasivos. Ela presta cuidados de forma indireta por meio de processos relacionados ao recebimento de instrumentais e materiais, limpeza, preparo, esterilização e distribuição em todas as unidades assistenciais. Em instituições de saúde de grande porte, alguns instrumentais e materiais são armazenados em unidades descentralizadas e o processo de pré-limpeza e desinfecção de alguns são artigos executados em expurgos descentralizados geralmente por profissionais que não possuem a mesma qualificação de um profissional que atua diretamente em CME. Sabe-se que comprometimento nos processos relacionados a limpeza, desinfecção e armazenamento desses materiais pode interferir nos índices de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) contribuindo para desfechos desfavoráveis como o aumento do tempo de permanência do paciente na instituição, dentre outros. Desta forma, devido à complexidade dos serviços realizados nestes setores, é necessário um rigoroso controle e garantia de todos os processos que envolvem o armazenamento, desinfecção e dispensação destes materiais. **Objetivo:** Garantir as boas práticas relacionadas aos processos de limpeza, desinfecção, armazenamento e distribuição de materiais e instrumentais cirúrgicos conforme legislação. **Descrição da execução:** Com o intuito de identificar fragilidades nos processos relacionados a limpeza, desinfecção, armazenamento e distribuição de materiais e instrumentais cirúrgicos de arsenais e expurgos descentralizados foi realizada uma auditoria observacional mensal nestas unidades conduzida por um enfermeiro especialista em CME. A auditoria foi realizada seguindo uma planilha estruturada contendo as seguintes informações: organização e limpeza do setor; local para armazenamento de materiais respiratórios e instrumentais cirúrgicos sujos; Checklist de controle de troca de escovas e esponjas devidamente preenchido; etiqueta com data e hora de diluição das soluções; escovas e esponjas íntegras; marrecos e comadres devidamente identificados e acondicionados; EPI's armazenados de forma correta; integridade das embalagens; prazo de validade dos materiais e instrumentais; quantidade de estoque de materiais e instrumentais; controle de temperatura. As não conformidades foram relatadas na planilha, além disso, uma orientação sobre as boas práticas relacionadas aos processos relacionados aos cuidados com materiais e instrumentais foi realizada aos profissionais dos setores no momento da auditoria. Após, as não conformidades eram divulgadas para os gestores das áreas responsáveis. **Análise crítica dos resultados:** Na primeira auditoria realizada, observamos que 60% dos itens avaliados apresentaram não conformidades relacionadas aos processos de armazenamento, desinfecção e dispensação de materiais e instrumentais cirúrgicos nos expurgos e arsenais descentralizados. Dentre elas: falta de padronização de desinfecção de marrecos e comadres, ausência de controle de temperatura, ausência de checklist de controle de troca de esponjas e escovas, ausência de controle de validade, ausência de controle de estoque. Na segunda auditoria realizada 30 dias após, observamos uma melhora significativa, apenas 20% de não conformidades relacionadas a esses processos. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** Observamos que o acompanhamento realizado por um profissional especialista em CME nos arsenais e expurgos descentralizados é de suma importância para a manutenção de boas práticas relacionadas aos processos de armazenamento, desinfecção e distribuição de instrumentais e materiais. A identificação de fragilidades nas áreas é o primeiro passo para a mudança de cultura em relação a esses processos.

Existência de financiamentos: Não possui.



**26232 - AVALIAÇÃO DA CULTURA DA SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

MARIA DE FÁTIMA PAIVA BRITO - PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO, LAUREN SUEMI KAWATA - PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO, JULIA ROSSI - CENTRO UNIVERSITÁRIO BARÃO DE MAUÁ, LARA SILVA BARBOSA DE CARVALHO - CENTRO UNIVERSITÁRIO BARÃO DE MAUÁ, NATACHA FERREIRA GONÇALVES - CENTRO UNIVERSITÁRIO BARÃO DE MAUÁ (SP)

**Introdução:** A avaliação da cultura de segurança nas organizações de saúde é relevante, já que possibilita identificar as dimensões que necessitam ser introduzidas ou aprimoradas, além de servir como direcionamento para o gestor na implantação de estratégias que fortaleçam e incrementem a segurança nas instituições. **Objetivo:** Avaliar a cultura da segurança do paciente em um Distrito Sanitário da Atenção Primária à Saúde – APS em Ribeirão Preto/SP. **Método:** Estudo descritivo, de abordagem quantitativa. A coleta de dados foi realizada de setembro a outubro de 2021, no Distrito Norte em 10 Unidades de Saúde sendo: 7 Unidades Básicas e 3 Unidades de Saúde da Família, por meio da aplicação, via google forms, do instrumento “Medical Office Surveyon Patient Safety Culture” (MOSPSC), que foi traduzido e adaptado para o Brasil em 2016. Participaram 31 profissionais da saúde (enfermeiros, médicos, farmacêuticos, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, gerentes e técnicos de saúde bucal) atuantes em unidades de APS do Distrito Norte de Ribeirão Preto. A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética em pesquisa do Centro Universitário Barão de Mauá (CAAE:49006921.7.0000.5378). **Resultados:** A maior parte dos participantes (86,2%) eram mulheres. A média de idade foi de 36 anos. 50% dos participantes consideraram que: há uma boa relação de trabalho entre os médicos e demais profissionais; o serviço treina a equipe sempre que novos processos são implantados; há tratamento com respeito entre os trabalhadores; o serviço garante que sua equipe receba atualizações necessárias ao atendimento; porém a quantidade de pacientes é muito alta em relação ao número de médicos disponíveis. 75% consideraram que: no serviço há procedimentos para verificar se o trabalho foi realizado corretamente; o serviço valoriza o trabalho em equipe no cuidado aos pacientes; a equipe fala abertamente sobre os problemas; os pacientes são avisados quando precisam agendar uma consulta para cuidados preventivos ou de rotina; o serviço é eficiente em modificar processos de trabalho para prevenir que problemas se repitam. **Conclusão:** Os participantes consideraram ter uma boa relação entre todos e que os serviços garantem a atualização necessária sobre a temática. Apesar da amostragem pequena os resultados foram significativos, trazendo a visão que os profissionais têm sobre o assunto.

## 26356 - AVALIAÇÃO DA OPORTUNIDADE DE MELHORIA PARA PREVENÇÃO DE QUEDAS EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

MONIKY KEULY MARCELO ROCHA LIMA - INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH, THAIZA TEIXEIRA XAVIER NOBRE - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE - UFRN, JAMILE DE SOUZA PACHECO PAIVA - INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH, CLEIDE MARIA CARNEIRO IBIAPABA - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA - ISGH, MARIA GIRLANE RIBEIRO NOBRE - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA - ISGH, CAMILA PEIXOTO DE LIMA FREIRE - INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR – ISGH

**Introdução:** A segurança do paciente está diretamente associada com a qualidade nos serviços de saúde (OMS, 2009). No contexto das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) existe uma lacuna na implementação dos protocolos de segurança recomendados pelo PNSP, incluindo o de quedas, o qual se mostra de forma pontual, fragmentado e até inexistente neste cenário (PARREIRA, 2021).

**Objetivo:** Identificar as oportunidades de melhorias relacionadas à segurança do paciente, estabelecendo o cuidado diferenciado para reduzir a ocorrência de quedas. **Descrição da execução:** O estudo foi realizado em uma UPA, situada no município de Fortaleza, Ceará, Brasil, sendo gerida pelo Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar (ISGH), onde foi aplicado uma lista com 06 critérios para avaliação de qualidade para prevenção de risco de quedas (avaliação de risco de queda na admissão; avaliação de risco de queda diariamente; manter grade superior da cama elevadas e rodas travadas; orientação do paciente quanto ao uso de calçado; sinalização para ao risco de queda; ambiente livre de obstáculos, iluminado e piso seco), como preconizado pelo protocolo de quedas do Ministério da Saúde. Foram avaliados os registros de atendimentos e prontuários dos pacientes em observação no eixo dois da unidade, no período de março a abril de 2022, tendo em março 61% de conformidade e abril 65% de conformidade aos requisitos da caminhada, sendo a aplicação da escala de queda, a maior fragilidade. Sendo necessário planejamento de intervenção, a ser desenvolvida pelo time de melhoria da unidade, tendo como atividade inicial a implantação da escala de Morse. **Análise crítica dos resultados:** Na aplicação do checklist, foram encontradas oportunidades de melhoria para desenvolvimento de planos de ação para melhoria dos processos assistenciais. Uma das oportunidades identificadas foi a implantação de uma avaliação do risco de queda, sendo necessária a formação de time de melhoria para desenvolver uma sistemática específica para aplicação da escala Morse em um cenário complexo. A escala foi planejada para aplicação em calculadora automática disponibilizada nas áreas de trabalho nos computadores da unidade. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** Com a implantação da caminhada de segurança do serviço, conseguimos identificar os pontos onde faríamos as intervenções, sendo a implantação da escala de Morse como um avanço que está sendo discutido pelo time de melhoria da unidade que foi essencial para discussão de sistemática de aplicação, por conta de um contexto complexo de unidade de pronto atendimento, dessa forma facilitará a adesão e envolvimento da equipe nesta prática.

**26162 - AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DE ENFERMEIROS SOBRE A PREVENÇÃO DE QUEDAS EM IDOSOS NO AMBIENTE HOSPITALAR**

CLEISLA DANIEL SIQUEIRA - CENTRO UNIVERSITÁRIO MAURÍCIO DE NASSAU, GEÓRGINA ARAÚJO DINIZ - CENTRO UNIVERSITÁRIO MAURÍCIO DE NASSAU, ANNYELE JÉSSICA TOSCANO DA SILVA - CENTRO UNIVERSITÁRIO MAURÍCIO DE NASSAU, JACKSON DE OLIVEIRA PONTES - CENTRO UNIVERSITÁRIO MAURÍCIO DE NASSAU, CECÍLIA OLÍVIA PARAGUAI DE OLIVEIRA SARAIVA - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, FLÁVIA DANIELLI MARTINS LIMA - CENTRO UNIVERSITÁRIO MAURÍCIO DE NASSAU (ARACAJÚ, SERGIPE)

**Introdução:** A queda em idosos é um agravo comum e gera consequências expressivas em aspectos físicos, psicológicos e sociais. Dessa forma, para um cuidado seguro é necessário compreender o conhecimento dos profissionais sobre a temática e os fatores que limitam a sua atuação no contexto hospitalar. **Objetivo:** Avaliar o conhecimento de enfermeiros sobre a prevenção de quedas em idosos no ambiente hospitalar. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa, realizada em um hospital regional em Parnamirim/Rio Grande do Norte. Participaram dez enfermeiros, ativos no exercício de suas funções, no período da coleta de dados (agosto de 2021), que ocorreu pelo preenchimento de um formulário com dados sociodemográficos e uma entrevista semiestruturada contendo perguntas abertas formuladas pelos pesquisadores, com gravação das falas dos participantes. A análise ocorreu pelo referencial de Bardin pela técnica de análise de conteúdo, aplicação do teste de associação de palavras e decodificação dos dados em categorias. Estudo aprovado pelo comitê de ética, sob o CAAE: 48345621.3.0000.5293. **Resultados:** Dentre os participantes da pesquisa a maioria era do sexo feminino (80%); na faixa etária entre 31 e 40 anos (40%); nível de escolaridade de pós-graduação (70%); e 60% possuíam entre 2 a 3 anos de vínculo empregatício. Após análise das entrevistas emergiram as seguintes categorias temáticas: 1) Causas de quedas em idosos no ambiente hospitalar: hipotensão, hipoglicemia, vertigem e reação medicamentosa. 2) Obstáculos encontrados na implementação de um protocolo de prevenção de quedas: os depoimentos evidenciam a estrutura física e a sobrecarga de trabalho da equipe de enfermagem. 3) Limites e possibilidades da atuação do enfermeiro no controle de quedas em idosos: essa categoria elucida que os enfermeiros agem dentro de suas possibilidades, possuem conhecimento sobre medidas a serem adotadas para oferecer uma assistência segura, mas a falta de profissionais, estrutura e valorização profissional dificultam esse processo. **Conclusão:** Evidenciou-se que o enfermeiro conhece seu papel na prevenção de quedas em idosos, entretanto, algumas barreiras limitam sua atuação nesse cenário, como sobrecarga de trabalho, estrutura física, falta de insumos e recentemente as consequências ocasionadas pela pandemia do SARS-CoV-2.

**26065 - AVALIAÇÃO INTERNA DA QUALIDADE EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

CARLOS ALEXANDRE DE SOUZA MEDEIROS - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES, SÂMIA JAMYLLÉ SANTOS DE AZEVEDO - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES, ALBIREA SHINOBU INAOKA BRITO - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES, ALINE SARAH CUNHA ARGOLLO - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES, FERNANDA ELIZABETH MATOS DE QUEIROZ BATISTA FERNANDES - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES, MANUELA PINTO TIBÚRCIO - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES (RN)

**Introdução:** Para alcançar padrões elevados na assistência em saúde, são adotadas ações voltadas para a certificação de qualidade. Com isso, instituiu-se um Programa de Gestão da Qualidade, com o objetivo de promover a cultura de melhoria contínua dos hospitais universitários federais. O Selo de Qualidade, como parte desta estratégia, visa reconhecer os hospitais que atingirem padrões estabelecidos no sistema de avaliação. Para concessão do selo, deve ser realizada uma avaliação por uma equipe de avaliadores que não atuam no hospital. **Objetivos:** Relatar o processo de avaliação interna da qualidade em um hospital universitário. **Descrição da execução:** A avaliação interna da qualidade compreende a verificação de todos os requisitos do Manual de Diretrizes e Requisitos por uma comissão composta por colaboradores da instituição. A 1ª avaliação aconteceu em 2019 e a 2ª em 2021. Inicialmente, os roteiros foram elaborados pelos avaliadores para direcionamento do processo e as chefias foram comunicadas. As constatações foram descritas em relatório que foi enviado para a Superintendência. Posteriormente a identificação das não conformidades, é elaborado um plano de melhoria da qualidade, iniciando assim os ciclos de melhoria. **Análise crítica dos resultados:** Nas avaliações internas realizadas, verificou-se que as não conformidades estão relacionadas principalmente à existência de processos sem a adequada comprovação documental. Observou-se uma redução no número de requisitos conformes na 2ª avaliação, em relação à 1ª. Este fato pode ser explicado devido às capacitações dos membros da comissão e a mudança no método utilizado, através do acompanhamento do percurso do paciente. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** O processo de avaliação interna da qualidade proporcionou grandes benefícios para a instituição, aproximando as lideranças das exigências legais e contribuindo para o cuidado seguro aos usuários. Entende-se a importância da adequação das não-conformidades para melhoria dos processos e posterior aquisição do selo de Qualidade, além da certeza que os desafios encontrados, como a falta de entendimento das unidades sobre o propósito do programa, servirão de aprendizado para o ciclo de melhoria contínua.

**26213 - AVALIAÇÕES DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE: CONHECENDO O PROGRAMA EBSERH DE GESTÃO DA QUALIDADE**

GABRIELA DE OLIVEIRA SILVA - EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH), MÁRCIA AMARAL DAL SASSO - EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH), LEILI MARA MATEUS DA CUNHA - EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH), GLEICIANE SOUSA OLIVEIRA - EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH) (BRASÍLIA)

As avaliações da qualidade em unidades hospitalares são reconhecidas internacionalmente como ferramentas de promoção de melhorias nos processos e serviços, com impacto positivo considerável na qualidade do cuidado e na segurança do paciente. Nesse sentido, em 2018, foi instituído pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) o Programa de Gestão da Qualidade (PGQuali), que visa promover a cultura de melhoria contínua dos processos de gestão, assistência, ensino, extensão, pesquisa e inovação em saúde, buscando a excelência nos serviços prestados à população brasileira. O PGQuali é um sistema próprio de gestão da qualidade que inclui atividades de planejamento, monitoramento e avaliação da qualidade dos processos dos hospitais universitários federais (HUF), além de ciclos de melhoria. As atividades de avaliação envolvem avaliações internas periódicas, realizadas por uma comissão formada por colaboradores do HUF, e avaliações externas, conduzidas por uma equipe de avaliadores que não atuam no hospital avaliado, que buscam reconhecer formalmente o alcance dos padrões estabelecidos no Manual de Diretrizes e Requisitos do programa. De acordo com o percentual de conformidade a estes padrões, poderá ser concedido o Selo Ebserh de Qualidade, que é dividido em quatro níveis: Bronze, Prata, Ouro e Diamante. O referido manual encontra-se em sua 2ª versão e possui 922 requisitos. Destes, 39 se referem especificamente à categoria qualidade em saúde e segurança do paciente. Requisitos contidos em outras categorias também se associam a essa temática, sendo citado 128 vezes no manual o termo “segurança do paciente”, o que demonstra a preocupação com a temática. No âmbito do PGQuali, já foram realizadas duas avaliações internas em todos os HUF da rede Ebserh (2020 e 2021), conduzidas seguindo o percurso do paciente, permitindo análises abrangentes dos HUF quanto à prestação do cuidado e execução dos processos por meio de casos reais. Tais avaliações forneceram elementos para a elaboração de planos de melhoria da qualidade que visam o tratamento das não conformidades identificadas. A condução do processo nos HUF tem auxiliado que diferentes atores reconheçam a importância das ferramentas de gestão da qualidade para promoção da qualidade do cuidado e segurança do paciente, mas ainda há desafios a serem enfrentados para o fortalecimento da cultura institucional.

**26173 - CERTIFICAÇÃO INTERNACIONAL E A MELHORIA NO CUIDADO CENTRADO DO PACIENTE: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

JULIANA APARECIDA GALLI - CENTRO DE QUIMIOTERAPIA AMBULATORIAL DA UNIMED CAMPINAS – SÃO PAULO (CQA), IVO CATARIN NETO - CENTRO DE QUIMIOTERAPIA AMBULATORIAL DA UNIMED CAMPINAS – SÃO PAULO (CQA), EMERSON GATTI - CENTRO DE QUIMIOTERAPIA AMBULATORIAL DA UNIMED CAMPINAS – SÃO PAULO (CQA), CINTIA ISOMURA DE PAULA - CENTRO DE QUIMIOTERAPIA AMBULATORIAL DA UNIMED CAMPINAS – SÃO PAULO (CQA), IARA BERTRAMI DE SOUZA - CENTRO DE QUIMIOTERAPIA AMBULATORIAL DA UNIMED CAMPINAS – SÃO PAULO (CQA), BÁRBARA DE CAMPOS ALVES - CENTRO DE QUIMIOTERAPIA AMBULATORIAL DA UNIMED CAMPINAS – SÃO PAULO (CQA)

**Introdução:** Até 2018, as principais creditações/certificações no Brasil eram a Organização Nacional de Acreditação (ONA), a Joint Commission e a Certificação Canadense. A Agência de Qualidade da Saúde de Andaluzia (ACSA), presente em mais de 26 países da União Europeia e alicerçada no Cuidado Centrado no Paciente (CCP), chega ao país em 2018 com uma visão diferente das necessidades para adequação do serviço, mesmo os acreditados por outras metodologias.

**Objetivo:** Relatar melhorias implementadas quanto ao CCP em um serviço de quimioterapia ambulatorial, acreditado em excelência pela ONA, através do processo educacional para obtenção da ACSA. **Descrição da execução:** Em junho de 2020 iniciou-se o processo educacional para obtenção da certificação em um ambulatório em Campinas-SP. Após estudo do manual, fica clara a necessidade de mudanças em pontos relacionados à privacidade e acessibilidade do paciente: implantação de divisórias entre todas as poltronas de infusão e acolhimento multiprofissional em consultório; o guia do paciente oncológico em língua estrangeira; a carta de direitos e deveres em braile; e profissionais para comunicação em Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS). **Análise crítica dos resultados:** As mudanças impactaram os pacientes, avaliadas por Pesquisa de Satisfação. Entre 2020 e 2021, a nota média dada pelos pacientes à privacidade durante o atendimento era de 80% (variando de 60% a 100%). Desde a instalação das divisórias, em mar/ 2021, até dez/ 2021, 100% das avaliações foram positivas no mesmo quesito. A avaliação inicial do paciente pela equipe multidisciplinar, antes realizada durante as infusões, passou para o consultório, mudança motivada pelo entendimento sobre a importância da privacidade e que permitiu melhor conexão entre profissional e paciente e o entendimento destes sobre assuntos abordados. A disponibilização do Guia do Paciente em inglês, da cartilha de direitos e deveres em braile e do treinamento da equipe em LIBRAS contribuíram para melhoria do acesso dos pacientes ao seu cuidado. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** Nova certificação voltada à CCP pode trazer melhorias significativas nos processos, independente de já haver creditações prévias.

Descritores: Acreditação; Cuidado Centrado no Paciente; Privacidade.

Existência de financiamentos: Nada a declarar.

## 26200 - CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM MATERNIDADES DE ALTO RISCO NA PERSPECTIVA DA EQUIPE MÉDICA

JOSÉ AUGUSTINHO MENDES SANTOS - UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA- UNB, AMUZZA AYLLA PEREIRA DOS SANTOS - UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS-UFAL, HELAINE CARNEIRO CAPUCHO - UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA- UNB; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA-ANVISA., FRANCISCO CARLOS LINS DA SILVA - UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS-UFAL, SAMYRA MARA COELHO CAXITO - UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA- UNB, EDSON ARTHUR DOURADO MENEZES - UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UNB

**Introdução:** A cultura de segurança do paciente (CSP) é considerada um indicador estrutural que direcionam as iniciativas para reduzir os riscos e os eventos adversos. É definida como um conjunto de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo, os quais determinam o compromisso e o estilo de uma organização de saúde com a segurança do paciente (SP). No Brasil, a avaliação da CSP em maternidades é recente, o que se faz necessário a realização diagnóstica nestes cenários. **Objetivo:** Avaliar a CSP em maternidades de alto risco na perspectiva da equipe médica. **Método:** Estudo do tipo survey, realizado em duas maternidades de alto risco de Maceió-AL. A coleta de dados foi realizada no período de dezembro de 2020 à abril de 2021, por meio do questionário Hospital Survey on Patient Safety Culture, que possui 12 dimensões, classificadas segundo o percentual de respostas positivas (fortes:  $\geq 75,0\%$ ; potencial de melhoria:  $50,0\%$ ; frágeis:  $\leq 50,0\%$ ). Após a coleta, os dados foram tabulados e validados e posteriormente analisados através da estatística descritiva. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas sob parecer de nº 4.297.880. **Resultados:** Participaram do estudo 58 médicos, o que correspondem a  $53,2\%$  do total de médicos das maternidades. Em relação as dimensões avaliadas, nenhuma foi considerada forte para a CSP. Apenas 3 dimensões foram avaliadas como neutras: expectativas e ações de promoção de SP dos supervisores/gerentes ( $61,2\%$ ), abertura para comunicação ( $52,4\%$ ) e trabalho em equipe na unidade ( $51,3\%$ ). As dimensões caracterizadas como frágeis, foram: aprendizado organizacional e melhoria contínua ( $47,1\%$ ), adequação profissional ( $39,4\%$ ), trabalho em equipe entre as unidades ( $37,7\%$ ), passagens de plantão e transferências internas ( $37,7\%$ ), apoio da gestão hospitalar para SP ( $36,8\%$ ), percepção geral da SP ( $32,3\%$ ), frequência de eventos relatados ( $23,3\%$ ), feedback e comunicação sobre os erros ( $20,5\%$ ), resposta não punitiva aos erros ( $15,9\%$ ). **Conclusão:** Evidencia-se uma CSP frágil na perspectiva dos médicos, o que urge a necessidade de melhorias no que se refere a SP nas maternidades de alto risco de Maceió-AL, principalmente devido as características das mesmas, pois além de atender a gestantes de alto risco, são maternidades vinculadas a instituições de ensino.

**6395 - CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NO SERVIÇO MÉDICO DE EMERGÊNCIA: ESTUDO TRANSVERSAL**

CARMEN S GABRIEL - EERP-USP, VIRGILIO MALUNDO JOÃO - EERP-USP, BRUNA MORENO DIAS - EERP-USP, ANDREA BERNARDES - EERP-USP, ANA MARIA LAUS - EERP-USP (RIBEIRÃO PRETO, SP)

**Introdução:** Os problemas relacionados à segurança do paciente no contexto pré-hospitalar são pouco explorados, porém essenciais, dada a vulnerabilidade para a ocorrência de incidentes. **Objetivo:** Analisar o clima de segurança do paciente na perspectiva da equipe multiprofissional que atua no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel (APH). **Métodos:** Estudo transversal, conduzido em um Atendimento Pré-Hospitalar Móvel. A coleta de dados foi realizada por meio do Safety Attitudes Questionnaire (SAQ). Empregou-se estatística descritiva e o teste Mann-Whitney para análise de dados. **Resultados:** Dentre os 151 profissionais participantes, predominaram aqueles do sexo masculino (54,6%), auxiliares e técnicos de enfermagem (42,0%), atuantes há 10 ou mais anos (61,0%), em atendimentos adultos e pediátricos (93,4%). O SAQ Total apresentou média de 67,9, indicando percepção negativa dos participantes acerca da segurança do paciente no APH. Os domínios com percepção negativa foram: Clima de Segurança, Reconhecimento de Estresse, Percepção da Gestão e Condições de Trabalho; enquanto os domínios Clima de Trabalho em Equipe e Satisfação no Trabalho apresentaram percepção positiva. Na análise comparativa entre os profissionais, foram observadas diferenças entre algumas categorias para os domínios Satisfação no Trabalho, Reconhecimento de Estresse e Condições de Trabalho. **Conclusões:** Este estudo apresenta as peculiaridades dos serviços de médicos de emergência e a necessidade de sensibilizar profissionais e gestores acerca da temática segurança do paciente, com vistas a melhor compreensão do atual cenário e possibilidades de redução de eventos adversos para a melhoria da assistência ofertada.



## 26092 - CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE SOB A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DO CENTRO CIRÚRGICO

ÁDANE DOMINGUES VIANA - PPGENFBIO, ANDRÉA DA SILVA GOMES LUDOVICO - PPGENFBIO, ANTÔNIO RIBEIRO DA SILVA - PPGENFBIO, SÍLVIO CÉSAR DA CONCEIÇÃO - PPGENFBIO, NÉBIA MARIA ALMEIDA DE FIGUEIREDO - PPGENFBIO, TERESA TONINI – PPGENFBIO (UNIRIO)

**Introdução:** A Segurança do Paciente no período peri operatório busca ofertar cuidados sem riscos, uma vez que está diretamente implicada nas dimensões da qualidade: efetividade, eficiência e equidade. Infere-se que aspectos determinantes para a segurança do paciente estejam interligados àqueles das relações estabelecidas nas organizações entre grupos profissionais e seus pares, suas práticas, áreas de conhecimento e suas pactuações, desenvolvendo a cultura do lugar. **Objetivos:** Avaliar e descrever a Cultura de Segurança do Paciente no CC de um hospital da cidade do Rio de Janeiro, segundo a percepção dos profissionais de enfermagem, analisar a associação dos fatores sociolaborais e estruturais relacionados com a cultura de segurança do paciente neste ambiente; e discutir implicações das relações subjetivas dos profissionais de enfermagem, que colaboram para as dimensões positivas, negativas e neutras da cultura de segurança do paciente. **Metodologia:** Estudo quantiquantitativo, método seccional e descritivo, através de questionário validado Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) e entrevistas em profundidade, realizadas com a equipe de enfermagem em um Centro Cirúrgico de um hospital público de emergência do Rio de Janeiro. Pareceres de aprovação do CNS, através da Plataforma Brasil: 4878975- CEP UNIRIO e 5019456- CEP SMS/RJ. De uma amostra calculada de 68 profissionais - 09 enfermeiros e 24 técnicos e auxiliares de enfermagem participaram preenchendo o questionário HSOPSC, composto por 8 seções, e respondido por escala tipo Likert, cujas sentenças dão conta de 12 dimensões da cultura de segurança. Dessa amostra, 04 eleitos contribuíram com entrevistas em profundidade. **Resultados:** Apontam para uma cultura frágil, com dimensões em condições de melhoria: expectativa e ações do supervisor para promoção da segurança (65,64%), abertura da comunicação (61,22%) e retorno das informações e comunicação sobre erros (51%). As falas corroboram os dados quantitativos, quanto à falta de apoio da gestão, trabalho em equipe, necessidade de treinamento e abertura de comunicação. **Conclusão:** Os resultados estão compatíveis com estudos nacionais e internacionais sobre o tema. A associação de abordagens se mostrou promissora, emergindo pontos para estudos aprofundados sobre relações subjetivas, cultura de segurança e centro cirúrgico, especialmente sob o olhar das enfermeiras e suas equipes.

**26149 - CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS ANTES E DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19**

CASSIANA GIL PRATES - HOSPITAL ERNESTO DORNELLES, LISIANE TEOBALDI SEVERO - HOSPITAL ERNESTO DORNELLES, MELISSA DE FREITAS LUZIA - HOSPITAL ERNESTO DORNELLES (PORTO ALEGRE, RS)

**Introdução:** Cultura de segurança do paciente é um requisito essencial a ser desenvolvido e aprimorado nas organizações de saúde. Embora com avanços importantes desde a publicação do relatório *Errar é Humano* e dos movimentos mundiais pela segurança, o sistema de saúde segue operando com um baixo grau de confiabilidade e os pacientes continuam sofrendo danos desnecessários associados aos seus cuidados. Nos últimos dois anos, esse cenário conta com um agravante: a pandemia da COVID 19. Uma crise sem precedentes na história, com repercussões tanto na saúde pública quanto no contexto sócio-econômico, comprometendo a qualidade e a segurança assistencial. Em situações de crise, o nível de maturidade da cultura de segurança determina a forma de enfrentamento e, quanto mais avançado, melhor será a resposta diante da crise. **Objetivo:** Analisar a cultura de segurança do paciente na percepção dos profissionais de saúde no período pré e durante a pandemia da COVID-19. **Método:** Estudo comparativo e retrospectivo da avaliação de cultura de segurança do paciente por meio do Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC), na versão brasileira, mensurada em 2017 e em 2021 num hospital geral, de grande porte e certificado nível 2 pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), no sul do Brasil. A amostra foi constituída por 618 profissionais da saúde (assistenciais e administrativos) na primeira avaliação e 472 na segunda. Foram avaliadas as 12 dimensões de cultura de segurança, sendo consideradas fortalecidas àquelas que obtiveram 75% de respostas positivas e frágeis as dimensões com 50% ou menos. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição. **Resultados:** Das 12 dimensões analisadas, sete foram consideradas frágeis na primeira avaliação (período pré pandemia) e quatro na segunda. O percentual médio de respostas positivas, na comparação dos dois períodos, foi de: 63,6 x 70,3 para “Trabalho em equipe dentro das unidades”; 63,6 x 69,9 para “Expectativa sobre seu líder imediato e ações promotoras de segurança do paciente”; 67,5 x 69,8 para “Aprendizado organizacional - melhoria contínua”; 57,6 x 63,6 para “Apoio da gestão para segurança do paciente”; 49,2 x 52,5 para “Percepção geral da segurança do paciente”; 49,9 x 53,8 para “retorno da informação e comunicação sobre erro”; 48,7 x 54,7 para “Abertura da comunicação”; 54,5 x 56,5 para “Frequência de relato de eventos”; 36,8 x 40,1 para “Trabalho em equipe entre as unidades”; 44,2 x 37,6 para “Adequação de profissionais”; 32,6 x 34,5 para “Passagem de plantão ou de turnos / transferências”; e 29,0 x 29,3 para “Respostas não punitivas aos erros”. **Conclusão:** Os resultados demonstram uma evolução no nível de maturidade da cultura de segurança do paciente, mesmo durante a pandemia da COVID-19. Embora nenhuma dimensão tenha sido considerada fortalecida, com exceção das dimensões “adequação de profissionais” e “Respostas não punitivas aos erros”, as demais obtiveram resultados superiores na segunda avaliação. A consolidação de uma cultura de segurança é um desafio para as organizações que buscam alto grau de confiabilidade e requer tempo, liderança e propósito organizacional.

## 26273 - DESAFIOS E PERSPECTIVA NA IMPLANTAÇÃO DAS METAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE NO AGRESTE PERNAMBUCANO

JORDANNA ABDALLA BATISTA - HOSPITAL MESTRE VITALINO, RENILDE LIMA MUNIZ - HOSPITAL MESTRE VITALINO, THAYANE YONARA SILVA PONTES GOIS - HOSPITAL MESTRE VITALINO (CARUARU, PERNAMBUCO)

**Introdução:** A segurança do paciente tem se tornado um assunto essencial no âmbito hospitalar, com o intuito de desenvolver melhorias na assistência direta ao paciente e reduzir os riscos existentes na unidade de saúde. Por essa razão a implantação do núcleo de segurança do paciente e atuação da equipe multidisciplinar se tornam fundamental no desenvolvimento das metas de segurança do paciente. **Objetivos:** Relatar a implantação e atuação do núcleo de segurança do paciente frente a um hospital do agreste pernambucano, com finalidade, prevenir, monitorar e reduzir a incidência de eventos adversos. **Descrição da execução:** O Hospital Mestre Vitalino trabalha com a temática de segurança do paciente desde 2015, junto a equipe multidisciplinar e equipe gestora, realizando atividades e melhorias para as metas de segurança do paciente. Realizamos implantação da pulseira de identificação, avaliação dos riscos de lesão por pressão e quedas, introdução do Check List de verificação de cirurgia segura, uso de prescrição de medicamentos em prontuário eletrônico e realização de notificações de eventos adversos de forma eletrônica através de questionário google forms. **Análise crítica dos resultados:** Formação de pensamento crítico da equipe, cultura de identificação de erros, conscientização dos profissionais a mudança cultural de segurança do paciente e formação do aprendizado alicerçado na cultura justa e não punitiva diante das notificações de eventos adversos, foram os principais desafios encontrados na implementação das metas. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** Com a implantação do núcleo e notificações de eventos adversos desencadeou melhoras nas práticas de segurança e assistência ao paciente e familiares. Por esta razão, vale enfatizar que as atividades preventivas para a diminuição de eventos adversos como gestão de riscos, melhora da comunicação profissional e disseminação do plano de segurança são medidas fundamentais para garantir uma assistência segura.

**26230 - DESVIOS DA QUALIDADE DE DISPOSITIVOS MÉDICOS NA SEGURANÇA DO PACIENTE: PROPOSTA DE FERRAMENTA EDUCACIONAL**

MICHELE FEITOZA SILVA - FIOCRUZ- INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES, SONIA SILVA RAMIREZ - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE/ RJ, ANNA MARIA BARRETO SILVA FUST - FIOCRUZ- INCQS, RENATA DE FREITAS DALAVIA VALE - FIOCRUZ- INCQS, LILIAN DE FIGUEIREDO VENÂNCIO - FIOCRUZ- INCQS, MARIA HELENA VILLAS BOAS - FIOCRUZ- INCQS

**Introdução:** Monitorar a qualidade dos dispositivos médicos e sensibilizar o profissional que irá manipular e aplicar um produto, durante à assistência à saúde, são ações permeáveis às metas para a segurança do paciente. Uma vez que o olhar dos profissionais contribui para aquisições em conformidade e pareadas às especificações técnicas, sensibilizar e treinar de forma simplificada e através de informativos, corrobora para as atividades educativas que visam a segurança do paciente. **Objetivo:** Elaborar materiais educativos que orientem a identificação de desvios da qualidade em produtos e promovam a sensibilização do profissional quanto à importância da segregação de produtos irregulares, da notificação e da sua participação na aquisição racional. **Metodologia:** Cinco produtos de uso único foram eleitos por constarem na lista dos mais notificados (queixas técnicas) no sistema Notivisa-Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) e por terem sido objeto de análise e de notificação pelo INCQS (Instituto Nacional de Controle da Qualidade em Saúde) com informação científica publicada. Foi realizada busca na Anvisa, na Plataforma Google Acadêmico e no Repositório Institucional Arca da Fiocruz. Foram realizadas atualizações regulatórias e elaboração de folhetos, além de infográficos, apresentando os desvios mais comuns, os riscos e as legislações específicas, considerando o estudo científico de base. **Resultados:** Agulhas hipodérmicas, equipos, seringas hipodérmicas, luvas de procedimentos são produtos passíveis de certificação metrológica, com regulamentação recente e compressas de gaze, sem legislação específica. Os cinco infográficos com figuras e símbolos confeccionados, a partir dos artigos e monografias, apresentaram três enfoques: não conformidades mais comuns, impactos do uso com desvios e citações regulatórias para ações internas. Foram observados critérios como: tamanho, cores, resolução e atratividade visual das imagens. **Conclusão:** A criação dos infográficos sobre seringas, agulhas, equipos, luvas e compressa de gaze foi baseada nos dados secundários já publicados pelo grupo científico e traz orientações para os profissionais quanto às ações para redução de danos aos pacientes, fortalecendo a notificação no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

**26457 - DISCLOSURE: DEFINIÇÃO DE FLUXO INSTITUCIONAL E RELATO DE EXPERIÊNCIA**

DANIELA CONTAGE SICCARDI MENEZES - REDE SANTA CATARINA, DIANE FURTADO DOS SANTOS - HOSPITAL SANTA ISABEL, LETICIA MARA PISETTA - HOSPITAL SANTA ISABEL (SC)

**Introdução:** Evento adverso (EA) é uma circunstância que resulta em dano desnecessário ao paciente, relacionado a assistência prestada. Se grave, pode necessitar de medidas para suporte de vida ou grande intervenção cirúrgica. A ANVISA estabelece lista de EA que nunca deveriam ocorrer (never events), por ocasionarem dano grave ou óbito. Por isso, é imprescindível o estabelecimento de diretrizes para a prática do disclosure em serviços de saúde, objetivando a transparência, amparado no direito do paciente à informação, fortalecendo vínculo de confiança entre paciente-instituição de saúde. Ainda, representa benefícios para paciente, para profissionais e organização de saúde. Estudos revelam que a prática do disclosure reduz o risco de judicialização. Esse relato de experiência compartilha os aprendizados e perspectivas com a prática de disclosure. **Objetivo:** Realizar disclosure com pacientes e/ou familiares que sofreram evento adverso grave (EAG), excluindo lesões por pressão. **Descrição da execução:** Após conhecimento de EAG foi acionado grupo de crise que imediatamente, levantou informações sobre o ocorrido, realizou briefing, definiu participantes e porta-voz, bem como data e local para reunião. Os profissionais que participaram do disclosure ao longo do tempo, foram: diretor técnico, representante da segurança do paciente, médico assistente, psicólogo, enfermeiro e diretor executivo, sendo realizado através de conversa estruturada, baseada na metodologia recomendada pelo Guideline Canadense de Disclosure. **Análise crítica dos resultados:** Entre janeiro de 2021 a junho de 2022 houve 12 EAG, correspondendo a 0,1 por 1000 paciente/dia. Destes, 25% corresponderam a never events e 33% provocaram óbito. Foram realizados disclosure em 42% dos EAG. Até o momento, não houve judicialização dos EAG em que foram realizados disclosure. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** A prática do disclosure permitiu estabelecer estreito vínculo de confiança entre paciente/familiares e instituição, além de formalizar um pedido de desculpas. Reforçou compromisso com a melhoria contínua e prevenção de novos EAG, refletindo em aprendizado aos colaboradores e sociedade, e fortalecimento da cultura de segurança.

Descritores: Segurança do Paciente; Revelação; Dano ao Paciente.

Existência de financiamentos: Não há.

**26463 - ENGAJAMENTO DO PACIENTE NA SEGURANÇA DO PACIENTE: ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DE QUESTIONÁRIO CANADENSE**

MAIANA REGINA GOMES DE SOUSA - PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - FACULDADE DE ENFERMAGEM - UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, ANA ELISA BAUER DE CAMARGO SILVA - PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - FACULDADE DE ENFERMAGEM - UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, MARIE-PASCALE POMEY - UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL, JULIANA SANTANA DE FREITAS - PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - FACULDADE DE ENFERMAGEM - UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, TANIelly PAULA SOUSA - PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - FACULDADE DE ENFERMAGEM - UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, JULIANA CARVALHO DE LIMA - PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - FACULDADE DE ENFERMAGEM - UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

**Introdução:** O engajamento do paciente na segurança do paciente tem sido uma estratégia fortemente recomendada dentro das organizações de saúde para minimizar riscos, prevenir falhas assistenciais e melhorar a qualidade e a segurança do cuidado, tornando relevante a existência de instrumentos que possibilitem a obtenção de dados para avaliação dessa prática. **Objetivo:** Adaptar transculturalmente o instrumento Patient Engagement in Patient Safety within Canadian Healthcare Organizations para uso no Brasil. **Método:** Pesquisa metodológica desenvolvida por equipe constituída pelos pesquisadores, três tradutores bilíngues, um juiz de tradução, um especialista na temática e um metodologista. As etapas realizadas foram: tradução; retrotradução para a língua inglesa; pré-teste com participação de nove instituições brasileiras com selo de acreditação canadense; revisão; e documentação. Os itens do questionário foram avaliados em relação às equivalências semântica, conceitual e normativa, sendo as opções: não equivalente, parcialmente equivalente ou equivalente. Estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados e discussão:** Do total de 288 itens do instrumento, 97,9% foram considerados “Equivalentes” pelos avaliadores durante a adaptação do instrumento para a língua e cultura brasileira, obtendo excelente coeficiente de concordância para as equivalências semântica, conceitual e normativa. Houve necessidade de pequenos ajustes, como a inclusão de perguntas relacionadas ao engajamento do paciente na prevenção de incidentes relacionados à identificação do paciente, lesão por pressão e cirurgia segura, considerando que o instrumento original possuía questões somente sobre infecções relacionadas à assistência à saúde, medicação e quedas. As modificações realizadas foram aprovadas pelas autoras do instrumento original e o questionário em português foi intitulado “Engajamento do Paciente na Segurança do Paciente em Organizações de Saúde”. **Conclusão:** O instrumento foi adaptado transculturalmente, sendo uma ferramenta válida para investigar as estratégias de engajamento do paciente na segurança do paciente implementadas em organizações de saúde brasileiras, em diferentes níveis de governança.

**26041 - ERROS DE MEDICAÇÃO RELACIONADOS AO USO DE ANTIMICROBIANOS EM PACIENTES COM COVID 19 EM 2020**

MARÍLIA AMARAL COSTA FRANGIOTI - FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO, USP,  
CLÁUDIO PENIDO CAMPOS JUNIOR - FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO, USP,  
FERNANDO BELLISSIMO-RODRIGUES - FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO, USP

**Introdução:** Com o advento da pandemia de Covid-19 no início de 2020 houve um aumento de pacientes graves admitidos em unidades de terapia intensiva expostos a cuidados críticos. Paralelamente, observou-se um aumento significativo do uso de antimicrobianos (AM). A OMS estima que até 50% das prescrições de AM em hospitais apresentam algum erro. Diante deste cenário, estudos para avaliar erros de medicação (EM) na prescrição de AM nesta nova realidade clínico-epidemiológica são importantes para a segurança do paciente e para melhoria geral da assistência prestada ao paciente. **Objetivo:** Descrever a ocorrência de EM relacionados ao uso de AM em um hospital público localizado no interior do estado de São Paulo, com atendimento exclusivo ao SUS, no ano de 2020 em pacientes hospitalizados com Covid-19. **Método:** Foi realizado um estudo descritivo a partir da busca ativa em prontuários eletrônicos de pacientes admitidos em 2020 para identificar EM durante seu período de internação. Foram analisados os prontuários de pacientes que fizeram uso de AM denominados de “uso restrito” pela instituição, sendo eles: vancomicina, piperacilina tazobactam, anfotericina B, anidulafungina, tigeciclina, polimixina B, meropenem, fluconazol, ertapenem e linezolida. Nesta amostra, EM relacionados a outros AM também foram considerados no estudo. **Resultados:** De 65 pacientes identificados com Covid-19 e que utilizaram AM de uso restrito, 27,7% (18/65) sofreram, no mínimo, um EM relacionado ao uso de AM. 56% (10/18) foram acometidos por um único EM, 39% (7/18) por dois EM e 5% (1/18) por um único EM, totalizando em 26 EM. Os AM envolvidos foram: vancomicina (18/26), amicacina (5/26), polimixina B (1/26), fluconazol (1/26) e meropenem (1/26). Todos os EM foram relacionados à dose prescrita (em desacordo com peso, função renal ou vancocinemia) e apenas um ocorreu na enfermaria, sendo os demais acometidos na UTI. **Conclusão:** Quase 1/3 dos pacientes hospitalizados com Covid-19 foram expostos a EM relacionados ao uso de AM. Estes dados ressaltam a necessidade de programas de consultoria e auditoria voltados para o uso racional de antimicrobianos em hospitais.

## 26405 - ESTRATÉGIA PARA IMPLANTAÇÃO DE MELHORIAS A PARTIR DA PESQUISA DE CULTURA DE SEGURANÇA

PAOLA BRUNO DE ARAUJO ANDREOLI - HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ, LUCIENE CRISTINE DA SILVA FERRARI - HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ, CAMILA CRISTINA PIRES NASCIMENTO - HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ, JOSÉ DOMINGOS NETO - HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ, MAYRA SILVESTRO ZANELLA - HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ, EDWIN ADOLFO SILVA TITO - HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ (SÃO PAULO, SP)

**Introdução:** A avaliação do nível de Cultura de Segurança é considerada uma ferramenta para a gestão da Segurança do Paciente nos serviços de saúde e tem sido viabilizada por meio do uso de questionários estruturados e desenvolvidos para capturar a percepção dos trabalhadores da saúde sobre adesão da instituição aos domínios da Cultura de Segurança. A implementação de melhorias da Cultura de Segurança é um importante desafio para que possamos elevar os níveis de maturidade, diminuindo assim, a probabilidade de materialização de riscos. **Objetivo:** Descrever a estratégia e planejamento de ações de melhoria da Cultura de Segurança, com base nos resultados da pesquisa anual de avaliação da Cultura, realizada em uma instituição de saúde privada. **Descrição da execução:** A pesquisa de avaliação da Cultura de Segurança foi realizada por meio da aplicação do Questionário Hospitalar sobre Cultura de Segurança do Paciente (QHCSF, em todos os trabalhadores de um hospital privado de grande porte, entre os dias 17 de agosto e 18 de setembro de 2021. A partir dos resultados, definiu-se pela implantação das ações de melhoria naqueles domínios do questionário cujos resultados estivessem abaixo de 75% de positividade nas respostas. Os domínios que obtiveram resultados abaixo de 75% de respostas positivas e seus respectivos percentuais foram: Abertura da comunicação (67%), Comunicação sobre erros (70%), Respostas ao erro (61%), Transferência e troca de informações (61%) e Pressão e ritmo de trabalho (53%). A partir dos resultados estruturaram-se grupos de trabalho para cada um dos domínios e elaboramos um Diagrama Direcionador das melhorias, cuja implantação está em curso. **Análise crítica dos resultados:** O uso de ferramentas e metodologia estruturadas para trabalho com os grupos possibilitou a elaboração de 5 Diagramas Direcionadores com um conjunto de melhorias, alinhadas aos principais problemas apontados no questionário. Pode-se evidenciar a interrelação de ações de diversos domínios, com grande predominância na melhoria da comunicação sobre eventos e da resposta ao erro. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** O envolvimento de diversas lideranças assistenciais e de apoio, na elaboração das ideias de melhoria e na construção das ações, possibilitou testar diferentes estratégias e intensificar esforços conjuntos na construção de soluções para melhoria da Cultura.



## 26315 - FERRAMENTAS DE MELHORIA NA AVALIAÇÃO DOS PONTOS CRÍTICOS RELACIONADOS À IDENTIFICAÇÃO EM HOSPITAL GERAL PEDIÁTRICO

STEPHANIE GREINER - HOSPITAL CRIANÇA CONCEIÇÃO - GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, BRUNA BIONDANI WORTMANN - HOSPITAL CRIANÇA CONCEIÇÃO - GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, FERNANDA DE AVILA CARVALHO NEVES - HOSPITAL CRIANÇA CONCEIÇÃO - GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, PRISCILA COELHO AMARAL - HOSPITAL CRIANÇA CONCEIÇÃO - GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, VICTÓRIA TIYOKO MORAES SAKAMOTO - HOSPITAL CRIANÇA CONCEIÇÃO - GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO (PORTO ALEGRE, RS)

**Introdução:** A Ciência da Melhoria visa melhorar processos a partir da perspectiva do conhecimento profundo<sup>1</sup>, com a interação de quatro estratégias: visão sistêmica, entendimento de variação, construção de conhecimento e lado humano da mudança. Assim, surgiu a Lei Central de Melhoria, que declara que todo sistema é perfeitamente projetado para realizar os resultados que produz. A gestão de risco assistencial, através da avaliação das notificações, identificou uma frequência elevada de eventos do tipo “quase erro” dentro do processo de identificação do paciente. A partir desta perspectiva, utilizou-se ferramentas da qualidade<sup>2-3</sup> para avaliar os processos envolvidos nos seguintes setores: emergência pediátrica, ambulatórios das especialidades e centro de diagnóstico por imagem de um hospital geral pediátrico que atende crianças de 0 a 14 anos incompletos, exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde e dispõe de um sistema institucional de notificações.

**Objetivo:** Descrever a experiência da utilização das ferramentas de melhoria para mapeamento dos pontos críticos da identificação dos pacientes pediátricos. **Descrição da execução:** O diagrama SIPOC foi utilizado para mapear os processos de identificação no setor de emergência. O diagrama de fluxo, do tipo espaguete, foi desenvolvido a partir das plantas baixas dos setores e da jornada dos pacientes. Paralelamente, foi oportunizado aos trabalhadores, manifestação livre e anônima, acerca do tema da identificação de pacientes no seu local de trabalho, através da utilização do Diagrama de Afinidades. **Análise crítica dos resultados:** As ferramentas da categoria visualização de sistemas e processos (SIPOC e espaguete) foram essenciais para tornar visíveis as atividades de cada setor avaliado. O diagrama de afinidades é uma ferramenta qualitativa útil, pois gera conexão com as equipes, oportunizando melhorias a partir das suas perspectivas. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** A utilização das ferramentas de qualidade foi útil na identificação dos pontos críticos com maior risco de ocorrência de eventos. Como resultado da ação, foram propostas melhorias de processos e disponibilizadas estratégias de identificação como, por exemplo, etiqueta de identificação para pacientes ambulatoriais e leitor de código de barras, tornando os processos mais seguros.

**26067 - IMPACTO DOS FATORES DO PACIENTE NA EFETIVIDADE DA INSULINOTERAPIA INTRAVENOSA NO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA**

RAQUEL DE MENDONÇA NEPOMUCENO - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, MELISSA BITTENCOURT FERREIRA - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, FLÁVIA GIRON CAMERINI - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, ANA LÚCIA CASCARDO MARINS - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, CAMILA MEDEIROS DOS SANTOS - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, CÍNTIA SILVA FASSARELLA - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

**Introdução:** A infusão intravenosa de insulina é o método recomendado como efetivo para o controle glicêmico em pacientes críticos. Contudo, a insulina é considerada um medicamento potencialmente perigoso e está entre os cinco que mais causam eventos adversos. A esse fato, salienta-se que há controvérsia sobre valores ideais de faixa alvo e sobre os fatores intervenientes no seu uso, principalmente em pós-operatórios de cirurgias cardíacas, o que pode influenciar o manejo seguro da infusão pela equipe de enfermagem. **Objetivo:** Analisar a associação entre fatores do paciente e a efetividade da insulinoterapia intravenosa em pacientes submetidos a cirurgia cardíaca. **Método:** Estudo longitudinal de coorte prospectiva, quantitativo, em Hospital Universitário do Rio de Janeiro com coleta de dados em prontuário de pacientes adultos em pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca que usaram insulinoterapia intravenosa de março a julho de 2021. Variáveis do paciente: sexo, idade, tipo de cirurgia, tempo de circulação extracorpórea, tempo de clampeamento aórtico, comorbidades, uso de amins e desfecho do paciente na unidade. Aprovado sob parecer Nº 4.482.372/20. **Resultados:** Avaliados 77 pacientes, divididos em (G1) com 67(87%) que atingiram a faixa alvo glicêmica e (G2) com 10 (13%) pacientes que não atingiram. Predomínio do sexo masculino (54%), idosos  $\geq 60$  anos (54%). As cirurgias eletivas foram maioria (91%) e tiveram desfecho de alta hospitalar (88%). Predominaram as cirurgias de revascularização miocárdica (62%), e cirurgias de trocas valvares (27%). Ao associar as características populacionais com a efetividade calculou-se a medida odds ratio. **Conclusão:** Pode-se afirmar que o protocolo de insulinoterapia foi efetivo na maioria dos pacientes (87%). Mesmo sem significância estatística ( $p$  valor  $\leq 0,05$ ), as variáveis sexo masculino, idade  $\geq 60$  anos, tempos de circulação extracorpórea  $\geq 80$  min e de clampeamento aórtico  $\geq 70$  min, apresentaram OD  $>1,0$  sugerindo uma possível associação com a falta de efetividade, ou seja, pacientes com essas características apresentam maior probabilidade de não atingirem a faixa alvo terapêutica. Recomendam-se estudos com amostras maiores para elucidar a natureza da interferência desses fatores, assim como a coexistência de outros influenciadores no alcance da efetividade.

**26012 - IMPLANTAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE**

THIAGO NOVAIS DE CACHALDORA - UNIMED LITORAL, SUZINI LETÍCIA WERNER - UNIMED LITORAL (SC)

O Hospital da Unimed Litoral realiza desde 2018 uma Pesquisa de cultura de segurança do paciente, aplicada anualmente com o envolvimento de todos os colaboradores da instituição, visando evidenciar a percepção dos participantes sobre a cultura de segurança no próprio departamento, efetividade dos protocolos, postura da liderança, qualidade da comunicação e frequência de notificação de não conformidades. Devido à similaridade dos resultados apresentados no decorrer dos anos, em 2021 iniciou-se um projeto de fortalecimento da cultura de segurança e fortalecimento da cultura justa. As ações desenvolvidas após os resultados da pesquisa foram focadas na capacitação e conscientização das lideranças, referências e membros do Núcleo de segurança do paciente visando um “efeito cascata” para todos os colaboradores. O projeto, de 3 etapas, abordou os temas gestão de riscos, definição de cultura (justa e de segurança), ferramentas de análise de causa raiz e comunicação não violenta. A 1ª etapa consistiu na execução de um treinamento técnico comportamental com nivelamento de conceitos, expectativa de comportamentos e lançamento de uma campanha de aplicação da cultura justa. A 2ª etapa envolveu a reorganização de rotina para o acompanhamento em tempo real dos registros de não conformidades, reclassificação e direcionamento aos responsáveis para análise. A 3ª etapa foi definida por um reencontro com os participantes da 1ª etapa para discussão das dificuldades encontradas, troca de experiências e resultados na metodologia. A aplicação do projeto teve a duração de 90 dias com a continuidade das boas práticas após a finalização do mesmo. A versão de 2022 da pesquisa atingiu 883 colaboradores sendo 57,64% desses pertencentes a equipes assistenciais, 35,67% de áreas de apoio e 6,68% pertencentes a equipe médica e apresentou como resultado melhoria de até 15% nos pontos críticos apontados nas pesquisas anteriores. Mesmo em um cenário de pandemia e com cerca de 30% de colaboradores recém admitidos (menos de 1 ano de casa) o resultado final sobre a percepção da efetividade da cultura de segurança do paciente permaneceu acima de 97%. Mediante aos resultados percebe-se que a implantação da cultura deve ser contínua e trabalhada na rotina diária da instituição.

## 26096 - IMPLANTAÇÃO DE CHECKLIST ELETRÔNICO DO PARTO SEGURO EM MATERNIDADE REFERENCIA PARA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

MAURA FORTES BRAIBANTE KADER - HOSPITAL SANTO ANTONIO (BLUMENAU, SC)

**Introdução:** De acordo com o Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna, o Brasil teve, em 2021, a média de 107 mortes a cada 100 mil nascimentos. Até 2015, a meta era atingir menos de 35 mortes por 100 mil nascimentos e o Brasil estava na faixa de 70 a 75 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos. Diante deste cenário de aumento da mortalidade materna, se faz necessária a implantação de estratégia eficaz para a verificação dos sinais de alerta para cada etapa do parto e, assim evitar desfechos desfavoráveis que possam levar a morte materna. O parto é um processo complexo, com muitos passos que são necessários, mas, por vezes, difíceis e, por vezes, complicados, para assegurar que tanto a mãe como o recém-nascido receberão os cuidados mais seguros possíveis. As principais causas de morte materna são: hipertensão, hemorragia, aborto inseguro e infecção puerperal. A Organização Mundial da Saúde, com o contributo de enfermeiras, parteiras, obstetras, pediatras, clínicos gerais, especialistas em segurança dos doentes e doentes de todo o mundo, elaborou a Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros (check list de Parto Seguro), para ajudar os profissionais de saúde a prestarem cuidados de alta qualidade durante os partos nas unidades de saúde, desde o momento em que a gestante chega até ao momento em que a puérpera e o seu recém-nascido deixam o hospital. Está comprovado que estas práticas seguras de parto reduzem os danos para as mães e os recém-nascidos. O check list para Partos Seguros destina-se a ser usado em quatro pontos de pausa, durante os partos realizados no hospital. Este relato de experiência ocorreu em instituição hospitalar no sul do Brasil, pactuada com a Política da Rede Cegonha desde 2011, conforme determina a Portaria Nº1.459/2011, é referência no atendimento à Gestação de Alto Risco da região; as gestantes que são referenciadas, são triadas por enfermeiros obstetras através da Classificação de Risco Obstétrico sugerida pelo Ministério da Saúde; em 2021, foram realizados 13.537 atendimentos. As gestantes em trabalho de parto ou com indicação de indução do parto, são internadas no Centro Obstétrico; neste momento as gestantes e seus acompanhantes podem compartilhar seus planos de parto com a equipe assistencial e, assim esclarecer as condições do parto humanizado, onde a mulher é a protagonista do momento, sendo conduzida com segurança pela equipe assistencial, que utiliza protocolos validados e, o Check list do Parto Seguro, da 1ª a 3ª etapa conforme recomenda a Organização Mundial da Saúde. A instituição conta com 3 quartos privativos com banheiro, espaço destinado ao pré-parto, parto e puerpério, privativo para cada gestante, seu acompanhante e doula, onde a atenção aos períodos clínicos do parto e do nascimento ocorrem no mesmo ambiente; 09 leitos de pré-parto em ambiente único divididos por cortinas para a privacidade da mulher, 2 espaços com chuveiros e um banheiro. Em 2021 foram registrados 2.365 partos normais. Se identificado algum sinal de perigo obstétrico ou neonatal, a equipe médica conta com 2 salas cirúrgicas equipadas e 10 leitos na Sala de Recuperação Pós Anestésica (SRPA), 02 leitos para mulheres pós abortamento que necessitam observação e/ou monitoramento; no ano de 2021 foram realizadas 1.385 cesarianas. **Objetivo:** Relatar as etapas da implantação do checklist eletrônico em uma maternidade referência para gestação de alto risco. **Descrição da execução:** Em abril de 2021, foi realizado o levantamento do conteúdo da lista de verificação de cada etapa do parto divulgada em 2017, pela Organização Mundial da Saúde. Quanto a elegibilidade, todas as gestantes serão submetidas a aplicação do Check list do Parto Seguro, independente da via de parto. Para garantir o registro e a sustentabilidade, o check list será eletrônico, no Prontuário Eletrônico do paciente. Cada etapa será registrada em Avaliações, selecionar a etapa corresponde; preencher as informações conforme o atendimento, salvar e liberar o registro. Ao realizar a transferência de setor, deverá ser conferido pela equipe do setor de origem e de recebimento se as etapas realizadas estão liberadas no

prontuário. Todos os itens do check list são importantes para todas as mães e para todos os partos. O check list e cada etapa será aplicado com a metodologia “Fazer – Confirmar”, deve-se completar a tarefa e após ler e checar para confirmar que a tarefa foi realizada. O cadastro do conteúdo foi efetuado no sistema de registro do prontuário eletrônico do paciente, na função Avaliações. Para cada etapa do parto foi cadastrado um checklist. Com o cadastro do conteúdo, foram realizados testes da aplicação das avaliações, após certificar-se das boas condições de aplicação, foi o momento de treinar as equipes do centro obstétrico, que aplicam a 1ª, 2ª e 3ª Etapa do Parto Seguro e, as equipes do Alojamento conjunto que aplicam a 4ª Etapa do Parto Seguro antes da alta hospitalar. Antes do treinamento das equipes foi descrita a instrução de trabalho detalhada, enviada ao setor de Gestão da Qualidade para codificação, formatação e disponibilização do documento no sistema eletrônico para consulta das equipes sempre que considerarem pertinente. A primeira etapa do treinamento contemplou a sensibilização quanto a importância de identificar previamente riscos ou sinais de perigo obstétrico e/ou neonatal, e assim evitar complicações; foi esclarecido o objetivo de cada etapa; na admissão da gestante, no pré-parto aplicar o Checklist Parto Seguro 1ª Etapa, onde a prioridade é examinar a gestante no momento da admissão, para detectar e tratar complicações que ela já possa ter. O conteúdo da 1ª Etapa: Avaliar se há necessidade de transferir esta paciente para outro serviço. Iniciar Partograma para gestantes com dilatação  $\geq 4$  cm, até que o colo do útero dilate  $\geq 1$  cm / h, o partograma deve ser iniciado. Verificar a cada 30 min checar o batimento cardíaco, contrações. Verificar a cada 2 horas a temperatura axilar e pressão arterial (PA) da gestante. Investigar alergias antes da administração de qualquer medicação. Se alergia confirmada, usar identificador na pulseira conforme protocolo da Meta 3 de segurança do paciente. Se gestante apresentar temperatura  $\geq 38$  ° C, e/ou história de mau cheiro do líquido vaginal, e/ou ruptura de membranas > 18 horas, conferir prescrição médica de antibióticos para a gestante em caso de qualquer uma das condições. Administrar sulfato de magnésio à gestante em caso de qualquer uma das condições: Pressão Arterial (PA) diastólica  $\geq 110$  mmHg e 3+ proteinúria, PA diastólica  $\geq 90$  mmHg, 2+ proteinúria, Dor de cabeça forte, Distúrbios visuais, Dor epigástrica. Administrar medicação anti-hipertensiva à gestante se PA sistólica > 160 mmHg. Objetivo é manter PA <150/100 mmHg; confirmar disponibilidade de luvas para cada exame vaginal. Incentivar que o companheiro da mãe esteja presente no nascimento. Esclarecer à gestante e ao acompanhante quais as situações que devem solicitar ajuda: Sangramento; Dor abdominal grave; Dor de cabeça forte ou perturbações visuais; Incapacidade de urinar; Desejo de parir (dar à luz). A 2ª Etapa do Checklist do Parto Seguro é aplicada no momento antes da expulsão do feto (ou antes da cesariana), o objetivo é examinar a gestante para detectar e tratar complicações que possam ocorrer durante o trabalho de parto e preparar para eventos de rotina e, possíveis situações de crise que possam ocorrer depois do parto. O conteúdo desta etapa contempla: Se gestante apresentar temperatura  $\geq 38$  ° C, e/ou história de mau cheiro do líquido vaginal, e/ou ruptura de membranas > 18 horas, conferir prescrição médica de antibióticos para a gestante em caso de qualquer uma das condições. Administrar sulfato de magnésio à gestante em caso de qualquer uma das condições: PA diastólica  $\geq 110$  mmHg e 3+ proteinúria; PA diastólica  $\geq 90$  mmHg, 2+ proteinúria; Dor de cabeça forte; Distúrbios visuais; Dor epigástrica. Administrar medicação anti-hipertensiva à gestante se PA sistólica > 160 mmHg. Objetivo é manter PA <150/100 mmHg. Confirmar itens do Kit parto. Administrar 10 unidades de ocitocina dentro de 1 minuto após o parto. Dequitar placenta 1-3 minutos após o parto. Massagear o útero depois da placenta sair. Confirmar que o útero está contraído. Identificar globo de segurança de Pinard. Realização dos cuidados com o RN. Se não estiver respirando, estimular e limpar as vias aéreas; Se ainda não estiver respirando: clampear e cortar o cordão umbilical. Limpar as vias aéreas. Ventilar com o balão e máscara. Solicitar a presença do pediatra. A 3ª Etapa do checklist do Parto Seguro se dá após o nascimento, na primeira hora pós o parto, a enfermagem examina a puérpera e o RN logo a seguir ao nascimento, na 1ª hora de vida, para detectar e tratar complicações que possam ocorrer depois do parto e educar a mãe e o seu

acompanhante, sobre os sinais de perigo para os quais devem pedir ajuda. Investigar sangramento quanto ao aspecto e quantidade, se volume anormal: Realizar massagem uterina. Administrar mais uterotônicos. Iniciar tratamento endovenoso e manter a mãe aquecida. Tratar a causa da atonia uterina, retenção de placenta / fragmentos, laceração vaginal, ruptura uterina. Se puérpera apresentar temperatura  $\geq 38^{\circ} \text{C}$  e/ou, se placenta removida manualmente e/ou história de mau cheiro do líquido vaginal e/ou, calafrios e/ou se a puérpera tem um terceiro ou quarto grau de laceração perineal, conferir prescrição médica de antibióticos para a gestante em caso de qualquer uma das condições. Administrar sulfato de magnésio à puérpera em caso de qualquer uma das condições: PA diastólica  $\geq 110$  mmHg e 3+ proteinúria. PA diastólica  $\geq 90$  mmHg, 2+ proteinúria, e qualquer um dos itens: Dor de cabeça forte, distúrbios visuais, dor epigástrica. Administrar medicação anti-hipertensiva à gestante se PA sistólica  $> 160$  mmHg. Objetivo é manter PA  $< 150/100$  mmHg. Analisar se RN precisa de Encaminhamento/referência. Verificar prescrição médica de antibióticos ao RN caso tenham sido administrados antibióticos à mãe para o tratamento da infecção materna durante o parto ou por qualquer um dos motivos: sinal de pneumonia. Temperatura do bebê. Frequência respiratória  $> 60$  / min ou  $< 30$  / minuto. Organizar cuidados especiais / monitoramento para o RN se houver: Idade Gestacional inferior a 37semanas. Peso de nascimento  $< 2500\text{g}$ . Necessidade de antibiótico. Necessidade de ressuscitação cardiopulmonar. Se RN estável, manter pele a pele com a mãe. A 4ª Etapa do checklist é aplicada antes da alta, no Alojamento conjunto: Examinar a puérpera e o RN antes da alta, para ter a certeza de que a puérpera e o RN estão saudáveis, antes de deixarem o hospital e, que está tudo esclarecido conforme registro no resumo de alta, que as opções de planejamento familiar foram discutidas e oferecidas à mãe e ao seu acompanhante e que houve esclarecimentos sobre sinais de perigo, tanto na mãe como no RN. Garantir que a documentação para registro e acompanhamento da vacinação e crescimento do bebê, foram entregues. Avaliação positiva da amamentação. Check list de alta e a 4ª etapa possuem o mesmo objetivo, garantir a manutenção da saúde do binômio no seu domicílio. Na segunda etapa do treinamento foi simulada a aplicação do checklist através do registro no sistema de prontuário eletrônico e, na terceira etapa do treinamento foi a verificação da eficácia através do acompanhamento dos participantes na execução dos registros no sistema. **Análise crítica dos resultados:** Após a implantação das etapas, treinamento das equipes, ajustes para monitoramento; no período de janeiro a maio de 2022, foram aplicados 1.396 Checklists da 1ª Etapa do Parto Seguro; 1565 Checklists da 2ª Etapa do Parto Seguro; 1525 Checklists da 3ª Etapa do Parto Seguro no centro Obstétrico; 1.267 Checklists da 4ª Etapa do Parto Seguro no Alojamento Conjunto. No mês de janeiro houveram 324 partos, com 87% (282) de adesão da equipe à aplicação do checklists da 1ª Etapa do parto Seguro, na 2ª etapa houveram 98% (319) de adesão, na 3ª etapa houve 89% (270) de adesão, na 4ª etapa houve 67% (218) de adesão. Em fevereiro houveram 304 partos, com 89% (270) de adesão na aplicação do checklists da 1ª Etapa, na 2ª etapa houveram 95% (290) de adesão, na 3ª etapa houve 94% (286) de adesão, na 4ª etapa houve 76% (230) de adesão. Em março houveram 343 partos, com 85% (292) de adesão na aplicação do checklists da 1ª Etapa, na 2ª etapa houveram 98% (335) de adesão, na 3ª etapa houve 94% (321) de adesão, na 4ª etapa houve 85% (293) de adesão. Em abril houveram 332 partos, com 88% (291) de adesão na aplicação do checklists da 1ª Etapa, na 2ª etapa houveram 96% (320) de adesão, na 3ª etapa houve 96% (318) de adesão, na 4ª etapa houve 82% (271) de adesão. No mês de maio foram 308 partos, com 85% (261) de adesão na aplicação do checklists da 1ª Etapa, na 2ª etapa houve 98% (301) de adesão, na 3ª etapa houve 92% (284) de adesão, na 4ª etapa houve 83% (255) de adesão. A Organização Mundial da Saúde 2017, recomenda a utilização de instrumentos simples e de baixo custo. Diante da realidade institucional, que já utiliza registros eletrônicos, a escolha da utilização dos checklists em prontuário eletrônico garantiu a ótima adesão das equipes na execução sistemática das tarefas cruciais, desempenhando os seus deveres embasados nas evidências científicas, com maior eficácia, eficiência e segurança, além de disponibilidade das informações para os demais profissionais que

estão envolvidos na assistência à gestante/puérpera e recém-nascido. **Lições aprendidas e Contribuições para a Segurança do Paciente e ou Qualidade do Cuidado:** A implantação do checklist eletrônico do Parto Seguro, possibilitou descrever as diretrizes para o parto seguro na instituição, realizar treinamento das equipes e, através da adesão na utilização do check list do Parto Seguro, permitir a antecipação do manejo das principais causas dos óbitos maternos, tais como hemorragias, infecções, doenças hipertensivas e complicações maternas e neonatais relacionadas aos períodos do parto e pós-parto. Para o monitoramento da adesão das equipes aos checklists desde a 1ª até a 4ª etapa do Parto Seguro, foi elaborado um relatório automatizado no sistema de registro. Este relatório fornece informações quantitativas da realização de cada etapa, é periodicamente consultado e, constatada alta adesão ao checklist de parto seguro, apresentando pouca variação entre as etapas e os períodos analisados. Para a 4ª etapa, realizada no alojamento conjunto, uma crescente adesão foi constatada após sensibilização realizada no mês de janeiro. Ao realizar análise de possíveis melhorias, foi identificada a possibilidade de gerar alerta automaticamente ao selecionar um sinal de perigo pertinentes a cada etapa.

## 26308 - IMPLANTAÇÃO DE ESTRATÉGIA LÚDICA PARA SENSIBILIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS QUANTO A HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

KELLY BARROS MARQUES - HOSPITAL GERAL DR. WALDEMAR ALCÂNTARA - FORTALEZA/CE, LUCIANA VERAS DE ALMEIDA - HOSPITAL GERAL DR. WALDEMAR ALCÂNTARA - FORTALEZA/CE, DENISON DE OLIVEIRA COUTO RIBEIRO - HOSPITAL GERAL DR. WALDEMAR ALCÂNTARA - FORTALEZA/CE, MILEYDE PONTE PORTELA - HOSPITAL GERAL DR. WALDEMAR ALCÂNTARA - FORTALEZA/CE, JAMILE DE SOUZA PACHECO PAIVA - HOSPITAL GERAL DR. WALDEMAR ALCÂNTARA (FORTALEZA, CE)

**Introdução:** As Infecções Relacionadas à Assistência em Saúde (IRAS) fazem parte dos problemas enfrentados pela equipe de saúde, são de causas multifatoriais e exigem uma série de ações de prevenção e de controle que são organizadas nos serviços de saúde, dentro do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (BRASIL, 2019). A higiene das mãos é uma das medidas mais recomendadas para prevenção de IRAS por ser de grande impacto, porém faz-se necessário a mudança comportamental dos profissionais envolvidos no processo de cuidar. **Objetivo:** Desenvolver uma ideia de mudança para aumentar a adesão ao protocolo de higiene das mãos como etapa do projeto paciente seguro do PROADI-SUS. **Descrição da execução:** A coleta de dados referente aos cinco momentos em que os profissionais realizam a higienização das mãos já era realizada na UTI pela enfermeira do serviço de controle de infecção hospitalar (SCIH), porém observou-se baixa adesão dos profissionais quanto a higiene das mãos, mesmo com a disponibilidade de insumos. O time de liderança da unidade teve a ideia de fazer um totem da enfermeira da SCIH por que a presença dela como “observadora de higiene das mãos” era de familiaridade dos profissionais. Sendo assim realizou-se o registro fotográfico da colaboradora com a devida autorização de divulgação da imagem da mesma. Providenciou-se a impressão do totem em gráfica com material higienizável e realizou-se a exposição do totem na unidade piloto. O totem é utilizado como ferramenta de divulgação dos resultados alcançados para equipe assistencial com finalidade motivacional. O início da utilização dessa estratégia lúdica deu-se em setembro/2021. **Análise crítica dos resultados:** Após a utilização dessa estratégia, a receptividade da equipe assistencial foi positiva. Observou-se que a mediana do indicador taxa de adesão à higienização das mãos passou de 70% em agosto/2021 para 94% em maio/22. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** A rotatividade de alunos e de prestadores de serviços terceirizados foi uma dificuldade encontrada, pois estes desconheciam os cinco momentos de higiene das mãos. Como ação corretiva, foram realizados treinamentos com esta população; onde no primeiro dia de estágio ou no primeiro contato do profissional terceirizado na unidade, realizava-se as orientações acerca da necessidade de higienizar as mãos conforme os cinco momentos apresentando o protocolo existente.



**26019 - IMPLANTAÇÃO DE FERRAMENTA DE GESTÃO PARA MELHORIA DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE**

SUÊNIA FERREIRA DE SOUSA - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO MARIA APARECIDA PEDROSSIAN - UFMS, LEILANE SOUZA PRADO TAIR - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO MARIA APARECIDA PEDROSSIAN - UFMS, CARLA MOREIRA LORENTZ HIGA - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO MARIA APARECIDA PEDROSSIAN - UFMS, FLAVIA ROSANA RODRIGUES SIQUEIRA - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO MARIA APARECIDA PEDROSSIAN - UFMS, ROSÂNGELA DA SILVA CAMPOS - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO MARIA APARECIDA PEDROSSIAN - UFMS, PATRÍCIA TRINDADE BENITES - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO MARIA APARECIDA PEDROSSIAN – UFMS

**Introdução:** O Programa Ebserh de Gestão da Qualidade consiste em um sistema próprio de avaliação periódica, que tem como objetivo promover a cultura de melhoria contínua dos serviços prestados à população brasileira pelos hospitais da rede Ebserh. Essa avaliação possibilita realizar um diagnóstico situacional do hospital em relação aos requisitos padronizados pelo Programa. **Objetivo:** Relatar a experiência de implantação de ferramentas de Gestão da Qualidade em Hospital Universitário. **Descrição da execução:** A 1ª e 2ª avaliação interna da qualidade ocorreu em 2020 e 2021, respectivamente, sendo realizada pelos avaliadores internos previamente treinados, tendo como ferramenta de avaliação o Manual de diretrizes e requisitos. A partir dos resultados obtidos foi elaborado o Plano de Melhoria da Qualidade que consiste em estratégia para o alcance do resultado desejado, com base na identificação dos fatores que contribuem para o não cumprimento dos requisitos. Foram realizadas oficinas com as lideranças para priorização dos requisitos essenciais não conformes a partir da ferramenta Matriz de Priorização que utiliza os critérios esforço, prazo e impacto gerado. **Análise crítica dos resultados:** O diagnóstico situacional resultou em 54% de conformidade dos requisitos essenciais e 49% de conformidade dos requisitos gerais. Considerando a avaliação por tipos de processos identificou-se baixa conformidade dos requisitos gerais (32%) e requisitos essenciais (38%) nos processos assistenciais. O melhor desempenho foi do processo gerencial com 71% de conformidade dos requisitos e 79% dos requisitos essenciais. Nos planos de ação, após aplicação da Matriz de Priorização, ocorreu a classificação por tipo de melhoria, que trouxe uma visão dos diferentes processos que precisavam ser envolvidos. Emergiram quatro categorias: 53% relacionado ao fluxo de trabalho, 24% sistema e infraestrutura, 21,4% pessoas e organização e 1% experiência do paciente. Esse resultado demonstra a necessidade de direcionar as ações de melhorias para o mapeamento de processos e fluxos de trabalho, propondo alterações nas atividades. O que pode ser obtido a partir da padronização de documentos e registros, além de treinamento dos protocolos e procedimentos instituídos, e definição de monitoramento por indicadores. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** Este relato demonstrou a possibilidade de implantação de melhorias relacionadas a qualidade e segurança do paciente com o uso efetivo das ferramentas de gestão da qualidade.

Existência de financiamentos: sem financiamento e/ou conflito de interesses.

## 26098 - IMPLANTAÇÃO DO CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

MARIANA BOSCO DE OLIVEIRA LIMA LOPES - HOSPITAL DA MULHER PROF. DR. JOSÉ ARISTODEMO PINOTTI - CAISM/UNICAMP, RENATA TAIZE GASPAROTO PEREIRA - HOSPITAL DA MULHER PROF. DR. JOSÉ ARISTODEMO PINOTTI - CAISM/UNICAMP (SP)

**Introdução:** Lançada em 2004 pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a Aliança Mundial para Segurança do Paciente buscava melhorar a qualidade da assistência e a segurança cirúrgica, salvar vidas e prevenir incapacidades com ações de prevenção de infecção de sítio cirúrgico, anestesia e equipe cirúrgica seguras e indicadores da assistência cirúrgica. Em 2009, o Ministério da Saúde iniciou o projeto “Cirurgias Seguras Salvam Vidas” implantando a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS (checklist de cirurgia segura), ferramenta simples que reforça práticas de segurança, comunicação e trabalho em equipe. **Objetivo:** Relatar a experiência da equipe de enfermagem do centro cirúrgico (CC) na implantação do checklist de cirurgia segura. **Descrição da execução:** O checklist foi proposto pela supervisão do CC e Núcleo de Segurança do Paciente (NSP). A primeira versão surgiu em 2010, sendo incorporada à Sistematização da Assistência de Enfermagem em 2013 e usada até os dias atuais. Na implantação do processo houve resistência das equipes assistenciais, incluindo a enfermagem, especialmente pelo atraso no início dos procedimentos anestésico e cirúrgico, atribuído à pausa para checar itens na etapa de time out, lentificando a dinâmica da sala operatória. O conflito diário em sua execução desmotivou o enfermeiro e a supervisão, mas os indicadores evidenciaram otimização dos processos, reduzindo fatores de tensão, riscos ao paciente e cancelamento de cirurgias. Com capacitação contínua e intervenção do NSP, o checklist foi incorporado à rotina do CC. Para avaliar sua implantação, a equipe de enfermagem foi convidada a participar da pesquisa via formulários Google em abril de 2022. **Análise crítica dos resultados:** O maior obstáculo para implantação do checklist foi a baixa adesão das equipes médica e de enfermagem ao processo, por desconhecer a ferramenta e acreditar que gerava morosidade aos procedimentos. Todos os participantes afirmaram que o checklist aumentou a segurança assistencial ao paciente cirúrgico, destacando sua relevância operacional. **Lições aprendidas e contribuições para segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** A implantação do checklist trouxe a necessidade de alinhamento e envolvimento de todos os profissionais do centro cirúrgico para um objetivo comum, a segurança do paciente, evidenciando a importância de cada um e a magnitude deste processo de trabalho.

**26186 - IMPLANTAÇÃO DO PROCEDIMENTO DE DUPLA CHECAGEM NA ADMINISTRAÇÃO DE ANTINEOPLÁSTICOS, ANTICORPOS MONOCLONAIS E ENZIMAS**

HILMARA APARECIDA JESUS MAIOLI - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO MORAES, MARILUZA ATAIDE SIQUEIRA AFONSO - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO MORAES, MICHELE SCHIAVON DORIGUETTO - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO MORAES, DIANE HOLZ - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO MORAES, SILVANA KELMA SANTANA OLIVEIRA - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO MORAES, MARIA ADELAIDE COSTALONGA MONJARDIM - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO MORAES (VITÓRIA, ES)

A dupla checagem consiste na verificação realizada por dois profissionais de enfermagem antes da administração do medicamento. Este processo aumenta as barreiras segurança na administração de medicamentos antineoplásicos, anticorpos monoclonais e enzimas, tendo em vista os efeitos citotóxicos e riscos de reações infusionais que esses apresentam. A implantação desta ferramenta no Hospital Universitário (HU) objetivou prevenir os erros de medicação com a utilização de sistemas de barreiras imateriais (Cultura de Segurança) e facilitação no projeto do trabalho através de colaboração. Os medicamentos são manipulados pela farmácia própria e chegam à enfermagem prontos para administração, incluindo rotulagem. No momento da infusão, o enfermeiro administrador deve solicitar a outro profissional de enfermagem para realize conjuntamente a conferência das informações: identificação do paciente, medicamento, dose, via de administração, horário, ordem de infusão, intervalo entre as doses, estabilidade, tempo de infusão, características do medicamento (cor, aspecto, presença de grumos e precipitados) e a programação do equipamento de infusão. Após a conferência, a prescrição médica é carimbada (carimbo específico para a dupla checagem) e os dois profissionais devem checar no campo padronizado em caso de conformidade com a verificação e subsequente administração do medicamento. O procedimento de dupla checagem foi implantado no Hospital Dia do HU em setembro de 2021. Foram observadas algumas dificuldades para implementação: projeto de trabalho complexo, inicialmente a demanda requereu mais tempo do profissional para a realização do procedimento e afastamentos profissionais. Após a implantação da estratégia, observou-se o relato da equipe com relação aumento da percepção de segurança na administração desses medicamentos; o número de eventos relacionados a erros na administração apresentou declínio considerável, não sendo detectado incidentes com dano relacionados à administração de antineoplásico, anticorpos e enzimas desde a implementação da dupla checagem. Embora os resultados sejam animadores, ainda há muitos desafios, como maior adesão da equipe e conscientização da importância de implementação de barreiras na administração de medicamentos potencialmente danosos. Feedback e educação continuada têm sido as estratégias para superar os desafios da adesão, no entanto, entende-se que o investimento em tecnologia é essencial nos processos de medicação segura.

## 25997 - IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO CLÍNICO DE SÍNDROME CORONARIANA AGUDA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

JULIANA MONGIN NICHIO - HOSPITAL UNIMED NOROESTE CAPIXABA, MARYANNA SKARLETE ALVES RITTO DOMINICI - HOSPITAL UNIMED NOROESTE CAPIXABA, ALINE MARTINS BISPO MOREIRA - HOSPITAL UNIMED NOROESTE CAPIXABA, GIGLIOLA SOARES BLUNCK - HOSPITAL UNIMED NOROESTE CAPIXABA, TAILANE ALTOE RUDIO - HOSPITAL UNIMED NOROESTE CAPIXABA, MARIA DA PENHA SOUZA OLIVEIRA BALISTA - HOSPITAL UNIMED NOROESTE CAPIXABA (COLATINA, ES)

**Introdução:** As síndromes coronarianas agudas resultam de obstrução aguda de uma artéria coronária. As consequências dependem do grau e local da obstrução e variam de angina instável a infarto do miocárdio com ou sem elevação de segmento e morte cardíaca súbita. Deste modo a implantação de fluxos direcionados ao diagnóstico e intervenção precoce são cruciais para um bom prognóstico. **Objetivos:** Apresentar a experiência de implantação do protocolo de síndrome coronariana aguda. **Descrição da execução:** O protocolo de Síndrome Coronariana Aguda começou a ser implementado em 2019 no Hospital Unimed Noroeste Capixaba e no ano de 2021 conseguiu atender 100% dos pacientes que apresentaram perfil para inclusão neste fluxo. O mesmo consiste em inserção de medidas para avaliar corretamente o paciente que apresenta dor torácica e consequentemente garantir a intervenção de forma precoce, envolvendo a capacitação de toda equipe assistencial. Na chegada ao hospital para atendimento ou em qualquer momento da internação, o paciente que relata dor torácica é prontamente encaminhado para realização de eletrocardiograma (ECG), este deve ser realizado em até 10 min. Após o ECG, o mesmo é direcionado para o atendimento médico. Após essa primeira análise, ele é classificado de acordo com o tipo de dor torácica (estabelecido em protocolo institucional) e os achados eletrocardiográficos definem qual “rota” seguirá no fluxo de atendimento e assim é possível garantir o tratamento adequado em tempo hábil. **Análise crítica dos resultados:** Os desafios encontrados na implantação do protocolo perpassam pela capacitação dos profissionais envolvidos até a organização e disposição do setor de hemodinâmica, referência para o diagnóstico. Entretanto evidenciamos para a equipe que a realização do ECG em tempo hábil melhora o prognóstico, sendo até possível, em situações de infarto agudo do miocárdio, garantir a recuperação da musculatura cardíaca. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** A equipe compreendeu a importância da intervenção em menor tempo possível; efetivou-se a padronização do tratamento medicamentoso (aumentando a segurança do paciente na intervenção coronária percutânea); o paciente recebe alta com referência cardiológica para seguimento ambulatorial; diminuiu a mortalidade e aumentou a sobre vida no infarto agudo com supra.

**26116 - IMPLANTAÇÃO DO TIME DE PREVENÇÃO DE ASPIRAÇÃO BRONCOPULMONAR EM HOSPITAL PÚBLICO TERCIÁRIO**

TATIANA MIRABETTI OZAHATA - HOSPITAL DE CLÍNICAS - UNICAMP, MARCELO GUSTAVO PEREIRA - HOSPITAL DE CLÍNICAS - UNICAMP, LUCIANA CASTILHO DE FIGUEIREDO - HOSPITAL DE CLÍNICAS - UNICAMP, GILMARA CRISTIANE FERREIRA - HOSPITAL DE CLÍNICAS - UNICAMP, MARIANA SALHAD DALL AQUA SCHWELLER - HOSPITAL DE CLÍNICAS - UNICAMP, NATHÁLIA MARTINS MALAMAN - HOSPITAL DE CLÍNICAS – UNICAMP (SP)

Em dezembro de 2020, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) divulgou a nota técnica 10/2020 sobre a prevenção de aspiração broncopulmonar (ABP). O núcleo de segurança do paciente (NSP) da instituição é o responsável por notificar os casos de ABP e óbitos decorrentes deste evento. O objetivo deste trabalho foi descrever a implantação, estruturação e planejamento do time de prevenção de ABP em hospital público terciário. Entre agosto de 2021 a abril de 2022, houve a implantação do projeto de prevenção de ABP em uma unidade piloto, sendo esta, a enfermaria de emergência clínica. Com o término do projeto, o NSP optou por criar o time de prevenção de ABP para dar continuidade e expandir gradualmente para outros setores de internação. O time é composto por profissionais da enfermagem, fisioterapia, nutrição e medicina. Por meio de reuniões mensais foi possível definir o plano de ação, execução e acompanhamento dos resultados mensurados e análise do PDSA. Como plano de ação do time recém criado está sendo desenvolvido a elaboração de protocolo de reintrodução de dieta via oral segura e a expansão do projeto para a enfermaria de traumatologia. A expansão abrange a capacitação multiprofissional sobre a ABP, a implementação do quadro de gestão à vista sobre o risco e evento de ABP, a adequação da placa de identificação e a ampliação da coleta de indicadores sobre gestão de risco. O time também realiza o acompanhamento dos indicadores de risco, evento e desfecho dos pacientes com ABP, por meio do preenchimento de um formulário pela enfermeira responsável do setor, que fornece dados diários sobre risco e evento de ABP. Após a implantação do projeto, o NSP da instituição conseguiu fornecer, pela primeira vez, os dados solicitados sobre a ABP pela Notivisa nos meses de janeiro a março de 2022. Com a expansão do projeto para outras unidades de internação, espera-se implantar as mesmas ações, gerar dados e indicadores obtidos na enfermaria piloto. Com isto, o NSP poderá agrupar dados de outras unidades, a partir da implantação organizada do projeto e conseguirá inserir os indicadores destas unidades nas notificações solicitadas pela Notivisa. Espera-se também, assim como aconteceu na unidade piloto, instituir o gerenciamento de riscos, controle de ABP por meio de ações de medidas preventivas e diminuir a ocorrência deste evento adverso.

## 26277 - IMPLEMENTAÇÃO DE CAIXAS ORGANIZADORAS DE MEDICAMENTOS NA FARMÁCIA SATÉLITE EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE RONDÔNIA

IAN HAENDEL MENDONÇA GABRIEL - FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE RONDONIA, ADRIANA PAINKO - HOSPITAL DE BASE DR. ARY PINHEIRO, LUCAS PAULO OLIVEIRA SILVA - FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE RONDONIA, TATIANE FREITAS - HOSPITAL DE BASE DR. ARY PINHEIRO, TATIANA TOMOE DO - HOSPITAL DE BASE DR. ARY PINHEIRO, HORACIO TAMADA - FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE RONDONIA

**Introdução:** A segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos é um dos componentes da qualificação do cuidado em saúde objetivada pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente. Um desafio enfrentado pela farmácia hospitalar é a preparação de materiais para uso nos centros cirúrgicos. Assim, o presente trabalho busca relatar a instituição do uso de caixas organizadoras para dispersão de drogas para procedimentos anestésicos no Hospital.

**Objetivos:** Otimizar e melhorar o planejamento e controle de fármacos utilizados em procedimentos anestésicos por meio do uso de kit de medicamentos padronizado pelo médico anestesista.

**Descrição da execução:** A experiência descrita se refere à nova forma de dispensação de medicamentos pela farmácia satélite do centro cirúrgico, por meio de um kit padronizado contendo medicamentos psicotrópicos, controlados, anestésicos, antibióticos e outros. Os kits são arranjados dentro de caixas organizadoras de medicamentos, as quais foram adquiridas no ano de 2016, e cada uma é identificada com o nome do médico anestesista a quem ela é associada, sendo ele o único autorizado a retirá-la e devolvê-la. Ademais, o procedimento operacional relativo aos kits exige a assinatura do profissional nos processos de montagem, retirada e devolução dos medicamentos.

**Análise crítica dos resultados:** As vantagens observadas com o uso padronizado dos kits incluem a otimização do processo de contabilização dos medicamentos utilizados e maior rapidez na reposição desses produtos. A organização visual das caixas, que separa diferentes classes medicamentosas por cores de acordo com padrão ISO, pode diminuir trocas de medicamentos, tanto por parte do auxiliar farmacêutico quanto pelo médico anestesista. Por fim, a exigência da assinatura do profissional farmacêutico ou anestesista nos processos de montagem, dispensação e retirada dos kits implica em um maior controle dos produtos medicamentosos e dificultando possíveis extravios. Como desvantagens do uso das caixas organizadoras, pode-se citar o custo das caixas e a não total aderência, visto que alguns setores do Hospital não aderiram ao seu uso.

**Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** Verifica-se que o uso dos kits padronizados trouxe como contribuição à qualidade do serviço ofertando o uso racional e controle mais adequado de medicações de alta vigilância, o que em última instância implica na maior segurança do paciente.

## 26401 - IMPLEMENTAÇÃO DO SAFETY HUDDLE E FORTALECIMENTO DA CULTURA DE SEGURANÇA EM UMA UTI COVID

CARLA GRAZIELA CARVALHO MATOS - HOSPITAL DE AMOR (BARRETOS-SP), LUÍS HENRIQUE COVELLO COVELLO - HOSPITAL DE AMOR (BARRETOS-SP), MARCOS MASSUDA - HOSPITAL DE AMOR (BARRETOS-SP), SUSANA MARIA GARCIA DOS REIS - HOSPITAL DE AMOR (BARRETOS-SP), CRISTINA PRATA AMENDOLA - HOSPITAL DE AMOR (BARRETOS-SP), LUCIANA COELHO SANCHES - HOSPITAL DE AMOR (BARRETOS, SP)

**Introdução:** Na busca pela segurança do paciente é imprescindível melhorar a comunicação entre os profissionais da saúde e realizar a busca ativa de Eventos Adversos (EAs) e outros incidentes que podem acontecer com os pacientes, para isso pode ser aplicada a ferramenta Safety Huddle (SH). O SH cria rounds diários de interação entre a equipe, discutindo o que não saiu conforme o planejado no período anterior, para programar melhorias no turno atual1. **Objetivo:** Este estudo tem por finalidade documentar a implantação do Safety Huddle e a disseminação da cultura de segurança em uma UTI de referência no tratamento de pacientes com COVID-19. **Descrição da execução:** Com a chegada da COVID-19 no Brasil, em 2020, houve a necessidade da abertura de leitos em locais adaptados, sem estrutura física adequada e mão de obra especializada, ocasionado um esgotamento dos serviços de saúde e aumento significativo no risco da ocorrência de EAs com os pacientes. Entre janeiro e fevereiro de 2021, observava-se um número elevado dos eventos adversos, entretanto, havia um baixo registro de notificações. Com o intuito de identificar preventivamente as circunstâncias de risco que desencadeavam os EAs, realizou-se a implantação do SH. Para a coleta de dados nos rounds utilizou-se um banco de dados no RedCap® e para o registro de notificações, o sistema de gestão da qualidade Interact®. **Análise crítica dos resultados:** Em janeiro e fevereiro de 2021 ocorreram 48 e 30 notificações no Interact, respectivamente, após a implementação do SH houve um aumento expressivo do número de notificações. Em março, ocorreram 404 notificações no Interact e foram identificados 335 incidentes pelos rounds, seguidos por 582 notificações e 477 incidentes em abril, em maio, 659 notificações e 453 incidentes e em junho, 720 notificações mais 493 incidentes. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** Mesmo quando o número de notificações identificadas nos rounds aparentemente se estabilizou, as notificações no Interact continuaram em ascensão. Através do Safety Huddle foi possível identificar e tratar um número expressivo de incidentes e EA, além de engajar a equipe na melhoria dos processos, demonstrado assim o fortalecimento da cultura de segurança do paciente.

## 26140 - IMPLEMENTAÇÃO DOS TIMES DE RESPOSTA RÁPIDO (TRR) EM UM DAY HOSPITAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

ROSANE MILET PASSOS TEIXEIRA - UNIVERSIDADE TIRADENTES, ARTHUR CEZAR DE MELO TAVARES - UNIVERSIDADE TIRADENTES, MANUELA DE CARVALHO VIEIRA MARTINS - UNIVERSIDADE TIRADENTES, FERNANDA COSTA MARTINS GALLOTTI - UNIVERSIDADE TIRADENTES, GEISA CARLA DE BRITO BEZERRA LIMA - UNIVERSIDADE TIRADENTES, REBECCA MARIA OLIVEIRA DE GÓIS - UNIVERSIDADE TIRADENTES (SE)

**Introdução:** A deterioração das condições clínicas dentro do ambiente intra-hospitalar frequentemente leva a evento adverso grave que potencialmente pode ser evitado. A implementação dos Times de Resposta Rápida (TRR) tem crescido, pois promove uma melhora da qualidade assistencial e contribui com a segurança dos cuidados aos pacientes hospitalizados. **Objetivo:** Descrever a experiência da implantação e condução do trabalho do TRR em um day hospital. **Descrição da execução:** Relato de experiência, que apresenta a implantação de um TRR em um Day Hospital no estado de Sergipe, o hospital realiza atendimento a pacientes em regime de internação de até 12 horas, consultas, exames de imagem e métodos gráficos. O período de confecção até implantação foi de fevereiro a março de 2019. A primeira etapa da implantação envolveu: a organização do protocolo, definição das equipes, aquisição dos celulares, padronização dos carros de emergência e treinamento de todos os colaboradores de acordo com fluxograma instituído pelo protocolo. Os critérios de acionamento do TRR foram embasados em sete parâmetros vitais do Escore de NEWS e cada profissional tem papel determinado no TRR, desde identificação, acionamento do TRR, atendimento, avaliação dos indicadores e educação permanente. **Análise crítica dos resultados:** No primeiro trimestre de implementação, prestou-se atendimento a 10 pacientes adultos e 01 criança, 03 apresentaram emergências clínicas no ambulatório e 08 alterações pós procedimentos, sendo 02 pós procedimentos endoscópicos e 06 pós cirúrgicos, nenhum evoluiu para parada cardiorrespiratória e tiveram alta hospitalar dentro do período previsto pela equipe anestésica pré procedimento. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** A implementação dos TRR possibilita padronização do atendimento, o que proporcionou celeridade na identificação da alteração dos sinais vitais e início do atendimento às emergências. Desta forma, é garantida a segurança do paciente através da redução do risco de danos desnecessários e o prolongamento do tempo de internação, através do atendimento sistematizado a emergências não esperadas dentro do ambiente hospitalar.

O estudo não apresenta conflito de interesses e não recebeu nenhum tipo de financiamento.



**26242 - IMPORTÂNCIA DE UMA CERTIFICAÇÃO DE QUALIDADE EM ORGANIZAÇÕES DE ATENÇÃO DOMICILIAR**

STÉPHANIE YASMIM BENTO DO REGO - HOME DOCTOR, VITÓRIA FERNANDES FRANCELINO - HOME DOCTOR, FABIANA CAMOLESI JACOBBER - HOME DOCTOR, KEYLA VANIA RODRIGUEZ VERA - HOME DOCTOR, HELOÍSA AMARAL GASPAR - HOME DOCTOR, CLÁUDIO FLAUZINO DE OLIVEIRA - HOME DOCTOR (SP)

**Introdução:** Diante de um mercado cada vez mais competitivo e marcado por novas tendências no setor de Atenção Domiciliar e também frente a um aumento da complexidade das condições clínicas do paciente, a Home Doctor definiu como parte do seu planejamento estratégico a adequação de seus processos para adotar a metodologia QMentum International™ em busca de maior segurança para o paciente e sustentabilidade. **Objetivo:** Descrever os processos implantados no âmbito da qualidade e segurança do paciente e pontuar as percepções positivas ao longo de 5 anos de trabalho na busca e manutenção de uma certificação de qualidade internacional. **Método:** Estudo observacional das ações de melhoria advindas do processo de certificação, da certificação (2017) até a recertificação (2021) em nível Diamante. **Resultados:** Foi estabelecida adequação dos processos através de um plano de melhoria, priorizando a Política de Segurança e Qualidade como parte essencial na estratégia global da Alta Direção e implementadas novas práticas organizacionais obrigatórias previstas pela metodologia. As ações contemplam melhoria na cultura de segurança do paciente, disseminação do sistema de notificação e análise de incidentes e eventos adversos, atuação dos comitês técnicos, com desenvolvimento da análise crítica dos resultados e proposta de ações com utilização de ferramentas de qualidade, pesquisa de cultura de segurança periódica, comitê de crise estruturada, gestão de risco, estruturação e disseminação do código de conduta ética com implementação do canal seguro para notificações de dilemas éticos, cadeia medicamentosa segura, política de comunicação e informação, desenvolvimento do capital humano, contemplando a inauguração do Instituto de Ensino e Pesquisa, departamento voltado para iniciativas educacionais, com Centro de Treinamento Presencial e plataforma de Ensino a Distância (EAD) e desenvolvimento na experiência dos principais clientes – operadoras, pacientes e famílias, e colaboradores. **Conclusão:** O processo de acreditação promoveu grande desenvolvimento da cultura de segurança, permitindo a integração de melhores práticas adotadas internacionalmente, contribuindo ativamente para a expansão do grupo e mantendo a uniformização entre as 25 unidades de acordo com o nível diamante da QMentum International™, sendo atualmente a primeira empresa do seguimento acreditado na América Latina.

**26396 - INCIDÊNCIA E EVITABILIDADE DE EVENTOS ADVERSOS NO PRONTO ATENDIMENTO: ESTUDO RETROSPECTIVO**

CARMEN SILVIA GABRIEL - EERP-USP, MELYNE SERRALHA ROCHA - EERP-USP, ANDRÉ ALMEIDA DE MOURA - UFMG, BRUNA MORENO DIAS - EERP-USP, ANDREA BERNARDES - EERP-USP

**Objetivo:** Avaliar a incidência e a evitabilidade de eventos adversos em pacientes adultos internados em uma unidade pública de pronto atendimento situada no município de Uberlândia, durante o ano de 2018. **Métodos:** Estudo de coorte, com revisão retrospectiva de 296 prontuários por meio do uso de formulários de rastreamento (fase 1) e avaliação (fase 2), preenchidos por profissionais não médicos e médico, respectivamente. Na primeira fase foram avaliados os dados demográficos, condição clínica dos pacientes, potenciais eventos adversos, e a verificação da qualidade das informações registradas nos prontuários. Na segunda fase, identificou-se e caracterizou-se os eventos adversos previamente rastreados. **Resultados:** Observou-se a predominância de pessoas do sexo masculino, da raça branca, com 60 anos ou mais. A incidência de eventos adversos acumulada foi de 4,4% (n=13), sendo todos considerados evitáveis, e caracterizados como de gravidade leve, em sua maioria. De acordo com a natureza, 81,2% dos eventos adversos estavam relacionados ao cuidado em geral. Já em relação aos fatores intrínsecos e extrínsecos, encontrou-se uma média de 1,17 e 1,5 por paciente, respectivamente. Constatou-se que 17 pacientes foram identificados com potencial evento adverso, com 22 incidentes na análise. **Conclusão:** Avaliar a incidência de eventos adversos e suas características permite compreender o cenário acerca dos problemas em relação à segurança do paciente em uma unidade de pronto atendimento, auxiliando no planejamento e implementação de estratégias que visem o desenvolvimento de novas ações de controle e resposta, contribuindo para a garantia de um atendimento seguro e de qualidade.

## 26460 - INSERÇÃO DOS RESIDENTES DE ENFERMAGEM NA GESTÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM: RELATO DE EXPERIÊNCIA

NATÁLIA ROSAS BATISTA - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGARD SANTOS - UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, CAROLINA LARROSA DE ALMEIDA - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGARD SANTOS - UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, LEONARDO CORREIA SANTANA DECÂNIO - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGARD SANTOS - UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

**Introdução:** A formação profissional na modalidade de residência dá ênfase ao ensino em serviço, o que configura um processo de ensino-aprendizagem. A gestão da assistência em enfermagem hospitalar permeia o serviço de enfermagem em sua totalidade e a prática dos residentes nesse setor configura-se como importante para sua formação. **Objetivo:** Descrever a inserção dos residentes de enfermagem na gestão da assistência em enfermagem. **Descrição da execução:** Relato de experiência desenvolvido em um hospital universitário em Salvador, Bahia, Brasil, no primeiro semestre de 2022, durante um programa de residência em Enfermagem Intensiva. Os sujeitos da pesquisa foram os preceptores e duas residentes de enfermagem intensiva do segundo ano. A coleta de dados foi realizada através das seguintes etapas: observação da realidade; mapeamento do problema; discussões com a equipe assistencial, gerencial e residentes de enfermagem; levantamento da literatura; acompanhamento diário dos residentes de enfermagem pelos preceptores. **Análise crítica dos resultados:** Foi observado que as ações gerenciais de enfermagem impactam as atividades assistenciais. As seguintes rotinas foram relatadas como regulares: avaliação das escalas de trabalhos da equipe de enfermagem, bem como a distribuição diária de assistência; análise do livro de ocorrências e resolução das demandas nele registrados; organização física do setor e controle de insumos; reuniões com representantes da chefia de enfermagem, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e Segurança do Paciente; demandas diárias da equipe de enfermagem. Os residentes eram provocados a refletir sobre potenciais melhorias para o setor, propor sugestões de mudanças e soluções para problemas. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** Os resultados indicam que a inserção do residente de enfermagem intensivista nas práticas gerenciais contribui para o desenvolvimento de líderes mais preparados para fornecer assistência ao paciente. Sua atuação na prática gerencial amplia seu conhecimento, fortalece sua formação profissional e pode colaborar para a promoção de um ambiente organizacional mais seguro e confiável, além de preencher lacunas existentes nessa temática.

**26128 - INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS PARA PROMOÇÃO DO USO SEGURO DE ANTIMICROBIANOS NO PACIENTE CRÍTICO EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

THAIS FRANCO COMIZ - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA -HUSM, RUBIA ADRIELI SVERSUT - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA -HUSM, PAULA ELIETE RODRIGUES BITENCOURT - CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/UFMS, DEBORA LUIZA DOS SANTOS - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA- HUSM, CAROLINE ZOTTELE PIASENTIN GIACOMINI - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA-HUSM, FERNANDA PAULA FRANCHINI - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA-HUSM (RS)

**Introdução:** O paciente crítico apresenta diversas alterações farmacocinéticas que fazem parte da fisiopatologia da sepse e que podem impactar na efetividade dos antimicrobianos. O farmacêutico exerce um importante papel na equipe multiprofissional da Unidade de Terapia Intensiva (UTI), promovendo a otimização da antibioterapia. **Objetivo:** Relatar as ações promovidas pelo farmacêutico no gerenciamento de antimicrobianos utilizados em UTI adulto. **Descrição da execução:** A ferramenta Antimicrobial Therapy-Related Problem (PRAT, Ricieri et al., 2021), foi utilizada por farmacêuticos para a análise da prescrição de pacientes em antibioticoterapia, no período de abril a maio de 2022, na UTI adulto do HUSM, RS. Esta ferramenta tem o potencial de estabelecer o perfil de problemas relacionados a antimicrobianos. **Análise crítica dos resultados:** Durante esse período foram detectadas inconformidades, totalizando 46 intervenções farmacêuticas relacionadas à segurança da terapia antimicrobiana. Dessas, 33% foram relacionadas à incompatibilidade físico-química, 22% à ausência de taxa de infusão, 15% às doses prescritas (sobredoses e frequências aumentada/diminuída), 5 à ausência de diluições, 3 à interação fármaco-fármaco, 1 à antibioticoterapia inadequada e 2 à medicamento desnecessário/inadequado. A equipe assistencial aceitou 46% das intervenções sugeridas. Cabe ressaltar que um possível contribuinte para a baixa adesão às recomendações foi a dificuldade de mensurar o assentimento da equipe quanto ao ajuste de aprazamento na incompatibilidade medicamentosa. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** Assim, a ferramenta PRAT auxiliou o farmacêutico na otimização antibioticoterapia em UTI adulto, fortalecendo o papel do profissional na promoção da segurança do paciente.

## 26373 - MONITORAMENTO DOS PADRÕES DE QUALIDADE: UMA ESTRATÉGIA DE EMPODERAMENTO DAS LIDERANÇAS PARA MELHORIA DA QUALIDADE

JULIANA MAZZUCO DE OLIVEIRA SANTOS - HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ, MARIANE SANTOS SILVA - HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ, PAOLA BRUNO DE ARAUJO ANDREOLI - HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ (SÃO PAULO, SP)

**Introdução:** A padronização dos processos nas instituições hospitalares contribui para uma assistência mais segura e de qualidade aos pacientes. O monitoramento contínuo desses padrões, permite a identificação das fragilidades existentes, aumenta a valorização da cultura de segurança e assim contribui para o desenvolvimento de estratégias de melhoria pela liderança e sua equipe. O papel da liderança torna-se fundamental para apoio e sustentação dessa estratégia. **Objetivo:** Descrever a experiência do modelo de monitoramento dos padrões de qualidade, como estratégia de empoderamento da liderança e contribuição para adesão de padrões de qualidade e segurança na instituição. **Descrição da execução:** A estratégia iniciou-se em 2020 e reconfigurou-se no ano de 2022. As lideranças foram nomeadas pelas diretorias da instituição. A referência utilizada para adesão de padrões de qualidade, segue as exigências da acreditação internacional Joint Commission International (JCI). Os líderes foram treinados e capacitados quanto ao propósito de cada padrão. Entre as responsabilidades estão: o acompanhamento do cumprimento dos padrões através de atualização de documentos institucionais, indicadores, treinamentos, ações de melhoria e tomada de decisão. Elaborou-se um cronograma de reuniões periódicas para discussão das fragilidades e ações realizadas, feitas através de modelo padronizado de apresentação dos resultados. **Análise crítica dos resultados:** Há o total de 43 líderes, os quais foram treinados e acompanhados mensalmente. Do total de padrões exigidos pela JCI, em março 2022 o resultado foi de 83,76%, abril 83,85%, maio 84,68 e junho 84,76%. Observa-se o aumento progressivo do monitoramento realizado pela liderança. Há oportunidades relacionadas a manutenção do monitoramento, seja pelas demandas inerentes das atribuições ou devido a necessidade de amadurecimento da cultura de segurança das novas lideranças. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** O monitoramento contínuo dos padrões de qualidade e segurança do paciente realizado pelas lideranças é uma estratégia importante, a qual contribui com as ações para melhoria contínua, engajamento e empoderamento dos líderes e liderados, fortalecendo assim um ambiente mais confiável e seguro para pacientes, familiares e colaboradores.

## 26011 - NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS NA EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL: REVISÃO DE ESCOPO

ANA LAURA BIRAL CORTES - UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, ZENITH ROSA SILVINO - UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, ÉRICA BRANDÃO DE MORAES - UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, JOEMAR BRAGA ALVES - UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, JULIANA DIAS DE SOUTO PEREIRA - UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, LUANA CAMACHO DE OLIVEIRA - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

**Introdução:** No âmbito do atendimento pré-hospitalar de emergência móvel existe uma carência observada, das estratégias e das ferramentas para notificação de incidentes. Alguns dados apontam para relações importantes nesse ambiente, que justificam a necessidade de um maior monitoramento e gestão dos riscos. **Objetivo:** Mapear como são realizadas as notificações dos eventos adversos em serviços de emergência pré-hospitalar móvel. **Métodos:** Revisão de escopo realizada segundo recomendações metodológicas do Joanna Briggs Institute e o checklist PRISMA Extension for Scoping Reviews; com a pergunta: Como são realizadas as notificações de eventos adversos nos serviços de emergência pré-hospitalar móvel? Utilizou-se a estratégia População, Conceito e Contexto. A população referiu-se aos profissionais de saúde do serviço de emergência pré-hospitalar móvel. O conceito à notificação de eventos adversos em serviços de atendimento pré-hospitalar móvel de emergência. Já o contexto referiu-se ao serviço pré-hospitalar de emergência. A seleção de estudos aconteceu no período de abril de 2021, nas bases MEDLINE®, Embase, Scopus, Cummulative Index to Nursing and Allied Health Literature, Web of Science, SciElo, Cochrane, Biblioteca Virtual em Saúde regional, utilizando os termos “Risk Management”, “Prehospital Care” e “Ambulances”; bem como consultou-se o Scholar Google. Consideraram-se estudos publicados entre 2016 e 2021. Não se utilizou restrição de idioma. **Resultados:** De um total de 639 obras, foram selecionados cinco estudos, aplicando-se os critérios de inclusão e exclusão; sendo uma tese de Doutorado e quatro artigos (uma revisão sistemática, um de validação, um qualitativo e um documental). Relacionavam-se a incidentes nos serviços de emergência pré-hospitalar e apontavam as características dos sistemas de notificação, apesar da rotina de notificação de incidentes não ser bem descrita nos mesmos. Os estudos selecionados provêm da Europa e da África do Sul, apesar de referências a sistemas de notificação já presentes nos Estados Unidos. **Conclusão:** A notificação ainda é incipiente em ambientes extra-hospitalares, sendo realizada sobretudo em ambiente internacional, em países de alta renda. Muitos dos sistemas citados nos estudos não eram específicos ou formulados para uso neste ambiente, o que pode influenciar o processo da notificação.

**26125 - NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES: IMPACTOS DA ACREDITAÇÃO EM UM HOSPITAL**

MARIANNA GONÇALVES DE ANDRADE - HOSPITAL DO CORAÇÃO DE ALAGOAS, CINTHYA LISBOA CAVALCANTE VASCONCELOS - HOSPITAL DO CORAÇÃO DE ALAGOAS, RENATA BRAGA DO RÊGO - HOSPITAL DO CORAÇÃO DE ALAGOAS, RICARDO CÉSAR CAVALCANTI - HOSPITAL DO CORAÇÃO DE ALAGOAS, ANA CAROLINA DO NASCIMENTO CALLES - HOSPITAL DO CORAÇÃO DE ALAGOAS

A Acreditação é um sistema de avaliação e certificação da qualidade de instituições, voluntário e educativo, constituído por padrões preestabelecidos de avaliação, com foco na implementação das melhores práticas para a segurança do paciente. Neste cenário, a notificação de incidentes tem papel fundamental, mas é sabido que a subnotificação pode ocorrer por diversos motivos, como por exemplo, medo da crítica de outras pessoas ou dificuldade em registrar a notificação por falta de tempo ou por não saber o que deve ser relatado. Dessa forma, é imprescindível a disseminação da cultura de segurança na Organização. Refletir sobre os impactos do processo de acreditação no registro de incidentes no sistema de notificação de incidentes de um hospital. Estudo descritivo, com base em registros do sistema de notificação de incidentes e eventos adversos de um hospital entre outubro de 2018 e outubro de 2019. Foram registradas 166 notificações seis meses antes da acreditação nível 1 e 335 seis meses após, fruto do trabalho de disseminação sobre a importância da Acreditação e da segurança do paciente na Organização. Observou-se baixa adesão ao sistema de notificação nos meses antecedentes a acreditação, reforçando a importância do engajamento das equipes quanto a disseminação do conceito de segurança do paciente e registro dos incidentes ocorridos para que seja possível analisar as causas e implementar práticas assistenciais mais seguras.

## 26309 - NOTIFICAÇÕES DE ACIDENTES POR QUEDAS EM UM SERVIÇO TERCIÁRIO DE SAÚDE EM RONDÔNIA

JAMES ALECSANDER DOS SANTOS PADILHA - FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA, ÚRSULA MELO DE SOUZA MAIA - FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA, LUCAS PAULO OLIVEIRA SILVA - FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA, IAN HAENDEL MENDONÇA GABRIEL - FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA, TATIANE FREITAS DA SILVA ARAUJO - HOSPITAL DE BASE DR. ARY PINHEIRO DE PORTO VELHO - RO, HORACIO TAMADA - HOSPITAL DE BASE DR. ARY PINHEIRO DE PORTO VELHO – RO

**Introdução:** O risco de queda é uma realidade em centros de saúde e, portanto, são fatores de agravamento à saúde dos pacientes. São de etiologia multifatorial, a saber: uso de medicações, idade, estado geral, dentre outros. Logo, é fundamental que os profissionais estejam aptos ao manejo adequado desse aspecto, e por essa razão a redução de quedas constitui a sexta dentre as metas internacionais de segurança do paciente. Com base no supracitado, no ano de 2021 foi conduzido no Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro um acompanhamento das notificações de queda de pacientes.

**Objetivo:** Evidenciar a situação dos pacientes internados no Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro com relação ao risco de quedas através da notificação desses eventos, fomentando o maior cuidado com esses indivíduos. **Descrição da execução:** O presente trabalho foi realizado pelo Núcleo de Segurança do Paciente, no Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro, no Município de Porto Velho, Rondônia. Consistiu num estudo transversal, utilizando dados do ano de 2021, obtendo como informações: data da notificação para a ANVISA; tipo de incidente/evento adverso; tipo da queda; queda envolvendo; grau do dano; sexo; data do incidente ou evento adverso; clínica. **Resultados:** Oito casos, 4 do sexo masculino e 4 do feminino; 3 leves e 5 sem danos; queda da cama 3, banheiro 4 e 1 desmaio. **Análise crítica dos resultados:** Possivelmente não representa a realidade local, considerando o alto volume de atendimentos realizados (550 leitos). Inobstante ao supracitado, é notável a tentativa de implementação desse mecanismo de supervisão sobre esse importante agravamento. Nessa medida pode-se dizer que o objetivo de registrar esses eventos não foi atendido completamente pela amostra de casos notificados. Contudo ações como essa, que visam amplificar o registro desses agravamentos, são importantes para a criação de processos direcionados para a segurança do paciente. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** Verifica-se que ainda são necessários avanços no que diz respeito às notificações dos episódios de queda no hospital. É notável também nesse contexto a importância que o correto registro desses eventos para a tomada de medidas que gerem segurança ao paciente.



**26057 - O DESAFIO DE REDUZIR INFECÇÕES RELACIONADAS A DISPOSITIVOS INVASIVOS DURANTE A PANDEMIA CAUSADA PELO COVID-19**

MOISÉS SANTOS DIAS - HOSPITAL ANCHIETA, DARIO FORTES FERREIRA - HOSPITAL ANCHIETA (DF)

O desafio da redução de infecções relacionadas ao uso de dispositivos invasivos como cateter venoso central (CVC) e ventilação mecânica (VM), no cenário pandêmico tornou-se maior devido aumento das taxas de utilização e permanência dos dispositivos, por maior gravidade apresentada pelos pacientes. Frente à necessidade de gerenciar os riscos infecciosos para desfecho positivo e redução das densidades infecciosas a alta linha de gestão junto aos líderes assistenciais decidiu mudar a cultura organizacional referente a ações de promoção, prevenção e controle de infecção através da padronização de dispositivos e tecnologias, mudança de rotinas e processos de trabalho, além de utilizar ferramentas da psicologia da mudança para gerar engajamento das equipes às medidas de prevenção. Durante a pandemia, na unidade de terapia intensiva adulto, de janeiro a dezembro de 2021, para que a aplicação das medidas de prevenção (bundles) fossem realizadas de maneira integrada, os enfermeiros do serviço de controle de infecção, educação continuada e segurança do paciente foram inseridos na rotina de cuidado dos pacientes, treinando as equipes durante à assistência. Simultaneamente foram realizados diagramas de afinidade junto à ponta assistencial, para a identificação de fragilidades, priorização de problemas e resolutividade. Somado a estas ações a instituição realizou a padronização de curativo com digluconato de clorexidina, dispositivo para substituição do scrub the hub manual, troca de conexões slips por luer lock e instalação de sistema de aspiração subglótica. Outra medida adotada foi identificar os dispositivos para troca conforme recomendação dos fabricantes, como sistema de aspiração fechada, filtro HME, equipos de infusão e conectores valvulados. Após as mudanças percebeu-se redução na densidade infecciosa relacionada ao CVC em 2,47, sendo no primeiro semestre 3,77 e no segundo de 1,30. A densidade de pneumonia associada à VM reduziu em 9,6, sendo no primeiro semestre de 10,4 e no segundo de 0,8. Foram avaliados 18.362 pacientes dia, 5473 ventilações mecânicas dia, com 33 casos de PAV e 7830 cateteres com 20 casos de IPCSL. Nota-se que mesmo sendo difícil manter as equipes de especialistas na ponta e a conscientização da utilização racional e adequada de dispositivos e tecnologias necessárias pelas equipes as estratégias desenvolvidas alcançaram o resultado esperado.

**26068 - OFICINA DA QUALIDADE DO CUIDADO: SIMULAÇÃO REALÍSTICA E APLICAÇÃO DAS ESCALAS DE BRADEN E MORSE**

PATRÍCIA MEDEIROS DA SILVA OLIVEIRA - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES, ALBIREA SHINOBU INAOKA BRITO - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES, ALINE SARAH CUNHA ARGOLLO - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES, ANA BEATRIZ DE ALMEIDA MEDEIROS MOURA - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES, CARLOS ALEXANDRE DE SOUZA MEDEIROS - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES, MÁRCIA MARIA DA SILVA BARBOSA - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES (RN)

**Introdução:** A Segurança do Paciente (SP) busca reduzir, a um mínimo aceitável, o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde, cabendo a cada instituição promover ações e desenvolver estratégias para fomentar e fortalecer tal segurança. **Objetivo:** Expor a experiência da prática educativa intitulada “Oficina da qualidade do cuidado”, promovida em um hospital universitário da rede EBSERH, como uma estratégia de ensino-aprendizagem. **Descrição da execução:** Foi planejado um modelo de intervenção que abordasse a segurança do paciente, com base nas seis metas nacionais de SP e que sensibilizasse e despertasse o interesse dos colaboradores para tal prática. Sendo assim, foi criado um caso clínico e aplicado em uma enfermaria simulada com situações de risco ao paciente e solicitado que, individualmente, em 2 minutos, os participantes as identificassem e citassem as ações corretivas e preventivas relativas àquele cenário, que foram computadas por um instrutor através de um checklist. Em seguida, os participantes eram conduzidos a outro ambiente, onde eram apresentados e discutidos os resultados, dando-lhes o feedback e reforçando as metas de SP. Em acréscimo, era solicitado aos participantes que aplicassem a escala de Braden e Morse, conforme caso clínico apresentado inicialmente, sendo discutido o escore obtido e os cuidados instituídos de acordo com o grau de risco em cada escala citada. **Análise crítica dos resultados:** O tempo destinado à ação foi considerado curto pois limitou a identificação de riscos e suas ações corretivas pelos participantes. E, além disso, a aplicação das escalas acabou sendo mais direcionada ao enfermeiro, visto ser atribuição do mesmo nessa instituição, não despertando muito interesse nos demais participantes. Entretanto, a ação foi proveitosa e muito bem aceita pela forma prática e interativa de abordar temas acerca da segurança do paciente. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** A ação desenvolvida é uma forma válida de aprendizagem que perpassa a abordagem teórica e aproxima os atores do cuidado, desenvolvendo olhares mais atentos e focados na segurança do paciente e proporcionando, assim, um ambiente com processos cada vez mais seguros.

Descritores: Segurança do Paciente; Educação em Saúde; Treinamento por Simulação.

Existência de financiamentos: Não.

**25987 - PASSAGEM DE PLANTÃO MULTIPROFISSIONAL: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**

FLÁVIA NUNES VIEIRA - FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ (FSCMPA), RONISSON VARGENS RIBEIRO - INSTITUTO FEDERAL DO PARÁ (IFPA), AURIMERY GOMES CHERMONT - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ (UFPA), ANDREZZA OZELA DE VILHENA - UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PARÁ (UEPA), CINTHIA CRISTINA SOUSA DE MENEZES DA SILVEIRA - FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ (FSCMPA), ANA PAULA FIGUEIREDO DE MONTALVÃO FRANÇA - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ (UFPA)

**Introdução:** Em 2004, na 57ª Assembleia Mundial da Saúde, foi criada a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, com a finalidade de facilitar o desenvolvimento de práticas e políticas de segurança aos pacientes em diversos países, por meio de programas voltados para o alcance desse objetivo. Assim, esta aliança elaborou algumas metas internacionais, dentre as quais, destaca-se a meta dois, que se refere a melhorar a comunicação efetiva entre os profissionais da saúde. Nesse sentido, esta pesquisa se faz necessária para comunidade científica e foi desenvolvida tendo em vista a cotação desta temática tão inexplorada. **Objetivo:** Conhecer as práticas de passagem de plantão na unidade de terapia intensiva da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente garantia da segurança do paciente através de uma revisão do tipo integrativa. **Método:** A pesquisa caracteriza-se como Revisão Integrativa da Literatura – RIL, este método permite inferir resultados a partir de múltiplos estudos publicados anteriormente. Estabeleceu-se como critérios de inclusão artigos em português, espanhol e inglês, com data de publicação entre os últimos cinco anos, os quais apresentassem conteúdo referente a passagem de plantão em unidades hospitalares e suas ferramentas utilizadas. Foram excluídos todos os artigos que não estavam de acordo com esses critérios. Para análise de conteúdo utilizou-se a estratégia descritiva simples. **Resultados:** Após todo o procedimento metodológico, a busca resultou em um total de 59 artigos. Desses, 24 foram encontrados na base de dados PubMed, 33 na plataforma Google Acadêmico, e 02 no LILACS as demais plataformas não apresentaram resultados que estivessem de acordo com os critérios de seleção. Destes, 54 não estavam de acordo com os critérios de elegibilidade do presente estudo. **Conclusão:** Abordar este assunto nos permitiu compreender os aspectos relacionados à transferência de responsabilidade de plantões. Entretanto, os resultados obtidos apontam a escassez de conteúdos mais aprofundados e/ou focados no setor de UTI. Apesar deste estudo ter um enfoque multiprofissional, notou-se que a maior parte do conteúdo publicado está relacionado às práticas da equipe de enfermagem, havendo uma lacuna de conteúdo específico da equipe médica e de outros profissionais.

**26316 - PREPARAÇÃO E ESTÍMULO DA EQUIPE PARA VISITA DA RECERTIFICAÇÃO DA JCI RODA RODA JCI**

JOYCE JULIANA LISBOA EIRAS - HOSPITAL SAMARITANO PAULISTA, KELLEN APARECIDA DA SILVA - HOSPITAL SAMARITANO PAULISTA, FERNANDA ZANE NAKAZATO - HOSPITAL SAMARITANO PAULISTA, DAYSE APARECIDA PINHEIRO LIMA - HOSPITAL SAMARITANO PAULISTA, CASSIA MARINHO MORAES ALMEIDA - HOSPITAL SAMARITANO PAULISTA, LUCIANE APARECIDA ROBERTA VIGO - HOSPITAL SAMARITANO PAULISTA (SP)

**Introdução:** Envolvimento, participação e parceria de equipe são elementos fundamentais para estruturar, padronizar com forte proposta de melhor integrar, apoiar e direcionar o trabalho em equipe com foco em bons resultados e bem estar dos nossos pacientes.

**Objetivo:** Empoderar o time, frente a visita de recertificação de um Hospital Privado de São Paulo, reconhecido internacionalmente pela JCI com o selo de qualidade para cuidados clínicos em IAM, IC e AVC.

**Metodologia:** Realizada e baseada em um relato de experiência exitosa realizada nos meses de abril e maio em um hospital privado de São Paulo baseada pré visita durante revisão e fase preparatória da visita. A proposta levar os nossos colaboradores ao real entendimento e participação em todas as fases da preparação da visita, mantendo alta visibilidade nos nossos processos e práticas. Convidamos então os nossa equipe de enfermagem a realizar auditorias nos seus setores em diversos horários, onde colocamos os nossos profissionais da ponta como auditores de processo, principalmente os nossos técnicos de enfermagem. Elaboramos um questionário bem robusto com questionamentos pertinentes a temática da recertificação, e fizemos abordagem de forma lúdica 15 dias após com o nosso RODA RODA JCI, que desafiava todos os nossos profissionais do hospital sobre essas questões, valendo “dinheirinho”, estimulando um clima competitivo com busca incansável dos nossos colaboradores das respostas corretas. Com isso premiamos 6 pessoas que mais se destacaram com brinde em azulejo personalizado. Fizemos também entrevistas com todos os nossos profissionais abordando os assuntos mais importantes e divulgando para nossos colaboradores em forma de vídeo, onde tivemos um ótima adesão e compreensão do conteúdo.

**Resultados:** Obtivemos grandes resultados, sendo perceptível o envolvimento, engajamento e parceria de todos o nosso time com o processo de recertificação, resultados que refletiram na avaliação positiva que inclusive comentou e elogiou o preparo, amadurecimento do nosso time.

**Conclusão:** Concluímos que quando envolvemos a equipe da ponta de forma lúdica e ao mesmo tempo demonstramos a seriedade e robustez dos nossos processos, trazemos a equipe da ponta para total entendimento dos nossos processos e nossos ganhos evidentes não só como instituição, mas também como valorização interpessoal de cada membro do nosso time. Foi um teste de conhecimentos com grande retorno após estímulo, onde convidamos os nossos profissionais a mergulhar em nossos processos, com adesão impar e parceria.

**26152 - PROJETO DESINVASÃO: IMPACTO DA TRANSIÇÃO DE MEDICAMENTOS ENDOVENOSOS PARA FORMULAÇÕES ORAIS EM PACIENTES INTERNADOS**

VICKEE ALMEIDA TANFERI - HOSPITAL SAMARITANO PAULISTA, JESSÉ EDUARDO BISPO - HOSPITAL SAMARITANO PAULISTA, GABRIELA PRISCILA ANUTO - HOSPITAL SAMARITANO PAULISTA, NATASHA ANASAWA RODRIGUES - HOSPITAL SAMARITANO PAULISTA, HELGA BISCHOFF - HOSPITAL SAMARITANO PAULISTA (SP)

**Introdução:** O uso de medicamentos endovenosos (EV) em pacientes internados, além de fornecer um custo maior ao tratamento, pode gerar várias complicações físicas, químicas e microbiológicas ao paciente; por este motivo, o quanto antes for possível a retirada do acesso venoso melhor. Uma das medidas que pode ser adotada para a retirada do acesso venoso (desinvasão do paciente) é a transição dos medicamentos EV para a via oral, onde o farmacêutico tem um papel muito importante na análise diária da prescrição. **Objetivos:** Diminuir o risco de complicações com o paciente e reduzir o consumo de medicamentos EV, visando aumentar a segurança do tratamento do paciente. **Descrição da execução:** Para ser realizada a desinvasão do paciente, o mesmo deve: estar hemodinamicamente estável; não estar apresentando náusea/vômitos ou diarreia; não possuir problemas de deglutição ou risco de broncoaspiração. Ao analisar as condições do paciente e a prescrição, o farmacêutico entra em contato com o médico para avaliar a possibilidade de substituição da via de administração EV para a via oral ou sonda. O projeto se iniciou em novembro de 2021 e os dados foram analisados até abril de 2022 quanto a aceitação médica das intervenções farmacêuticas e a redução no consumo de alguns medicamentos EV, de acordo com o consumo médio mensal (CMM) de seis meses. **Análise crítica dos resultados:** No período analisado, foram realizadas 182 intervenções farmacêuticas com a equipe médica, sendo: 105 aceitas (57,69%) e 77 não aceitas (42,30%). A justificativa da não aceitabilidade foi o receio de uma instabilidade hemodinâmica do paciente, principalmente com a equipe de médicos plantonistas clínicos. Com relação a redução de consumo dos medicamentos EV, no período supracitado em comparação aos anos anteriores, houve uma redução de 57,24% correspondente a Dipirona. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** A implantação do Projeto Desinvasão foi idealizado pela equipe de Farmácia Clínica, com foco na qualidade e segurança no cuidado do paciente, e com um olhar para a redução do consumo de medicamentos EV e seus dispositivos; sua implementação apresenta resultados clínicos e econômicos muito promissores aos objetivos propostos.

## 26305 - PROTOCOLO DE LONDRES: IDENTIFICAÇÃO DE FATORES CONTRIBUINTES E REDUÇÃO DA RECORRÊNCIA DE EVENTOS ADVERSOS

GLÁUCIA PLAÇA SILVA - HOSPITAL CASA DE SAÚDE DE SANTOS, SIMONE CORDEIROS DOS SANTOS - HOSPITAL CASA DE SAÚDE (SANTOS, SP)

**Introdução:** Investigar falhas e incidentes relacionados à assistência à saúde é fundamental para melhoria da qualidade e fortalecimento da cultura de segurança. Porém, o foco deve estar em compreender todo o contexto que levou ao erro, e não na busca por culpados. Segundo a Anvisa<sup>1</sup>, a investigação de eventos adversos deve ser conduzida de modo a fazer transparecer pontos críticos do processo. Uma ferramenta utilizada para investigação de incidentes é o Protocolo de Londres, criado pela Unidade de Risco Clínico da University College London que utiliza o modelo de acidente organizacional proposto por James Reason e funciona por meio da reconstrução da situação que levou ao erro, para que todas as suposições possam ser avaliadas. Possibilita reconhecer o cenário da falha de maneira sistematizada, reflexiva e abrangente, estimulando o uso do brainstorming e a criação de um sistema de gestão que gera aprendizado<sup>2</sup>. Permite a identificação de falhas latentes e ativas que transpassam as barreiras por: cultura organizacional (decisões estratégicas e processos organizacionais); fatores contribuintes; e problemas na prestação dos cuidados, caracterizado por atos inseguros, erros e violações<sup>3</sup>. **Objetivo:** Descrever as vantagens do Protocolo de Londres na identificação de fatores contribuintes e recorrência de eventos adversos. **Método:** Estudo descritivo sobre a aplicação do Protocolo de Londres para reduzir a recorrência de eventos adversos e promover melhorias em um hospital privado. **Resultados:** O Protocolo de Londres foi utilizado na investigação de 36 eventos adversos ocorridos no período de janeiro a dezembro de 2021, com o propósito de sistematizar o processo, organizar as informações, além de conhecer e compreender os fatores que levaram ao evento adverso. Os fatores contribuintes identificados foram relacionados ao paciente, tarefa, fatores individuais, de equipe, de ambiente e organizacionais. Foram evidenciadas várias oportunidades de melhoria: mudanças nos processos, elaboração e revisão de documentos, engajamento de equipes, comunicação entre profissionais e nos registros de prontuário. **Conclusão:** Os resultados mostram que a utilização do Protocolo de Londres aproxima os profissionais promovendo maior integração e o aprendizado coletivo, além de ser eficaz na identificação dos fatores contribuintes que resultam em melhores práticas de qualidade e segurança.

## 26150 - QUALIFICAÇÃO DO SISTEMA DE NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES EM HOSPITAL BAIANO – AVANÇOS E LIMITAÇÕES

SAMILLA DA SILVA SEARA COSTA - HOSPITAL CALIXTO MIDLEJ FILHO, JACKELINNE SIMÕES BARBOZA COSTA - HOSPITAL CALIXTO MIDLEJ FILHO, SAMILLE GREICE NASCIMENTO JORGE - HOSPITAL CALIXTO MIDLEJ FILHO, KELI CRISTINA BOMFIM - HOSPITAL CALIXTO MIDLEJ FILHO (BA)

**Introdução:** O presente relato de experiência justifica-se na importância de converter esforços e analisar experiências de melhoria da adesão ao sistema de notificação pela comunidade hospitalar. **Objetivo:** Contribuir para a identificação de fatores limitantes e estratégias inovadoras e eficazes na garantia da notificação de ocorrência como ferramenta relevante à gestão de riscos assistenciais e institucionais. **Descrição da execução:** Trata-se de um relato de experiência, de abordagem crítico-reflexiva, acerca da qualificação do Sistema de Notificação de Incidentes em um hospital filantrópico de grande porte na região sul da Bahia, no período de 2018 a 2021. No ano de 2018, o sistema vigente era caracterizado por formulários de notificação impressos, restritos a equipe de enfermagem; sem anonimato; inexistência de histórico; ausência de registro do tratamento aos incidentes. Quando da instalação do Escritório da Qualidade, em novembro de 2018, o legado contava com 247 formulários referentes aos meses de janeiro a outubro, com prevalência de incidentes relacionados à cadeia medicamentosa com 74%; seguida de flebite com 17%. A implantação do sistema de notificação digital e a metodologia de Gestão de Risco corrigem as lacunas relatadas, qualifica as notificações e o tratamento das ocorrências, contribuindo para a diminuição da subnotificação. **Análise crítica dos resultados:** Como resultado quantitativo, nos últimos dois meses de 2018 foram 166 notificações; em 2019, total de 906; em 2020, ano da pandemia da COVID-19, 508 ocorrências; e 1347 notificações em 2021. Para o período, registra-se a prevalência de notificações para lesões com 681 e perda de dispositivos invasivos com 524. Anualmente, a autoavaliação do sistema e o levantamento de causas raízes contributivas para a subnotificação é pauta de reunião de planejamento do Núcleo de Segurança do Paciente. Em 2022 com o amadurecimento do fluxo de notificação, foi ampliado o acesso ao sistema de notificação, alcançando trabalhadores que não dispõem de computadores, com uma ficha de notificação manual. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade no cuidado:** Entre os desafios encontrados, a necessidade de melhoria dos feedbacks à área notificante e a elevação do percentual de ocorrências tratadas adequadamente e dentro do período. O indicador de Taxa de Ocorrências tratadas dentro do período manteve médias de 21,6% em 2019; 6,8% em 2020; e média de 30,7% em 2021, percentuais bem abaixo da meta de 80%.

## 26365 - REDUÇÃO DOS ERROS DE DISPENSAÇÃO EM UM HOSPITAL PÚBLICO DO ESTADO DO CEARÁ

JULIANA IMACULADA TEIXEIRA BARROS COSTA - HOSPITAL GERAL DR. WALDEMAR ALCÂNTARA, ANTONIO EMMANUEL PAIVA DE ARAÚJO - HOSPITAL GERAL DR. WALDEMAR ALCÂNTARA, STEPHANIE CARNEIRO DE VASCONCELOS - HOSPITAL GERAL DR. WALDEMAR ALCÂNTARA, GERMANA MOURA CAVALCANTE - HOSPITAL GERAL DR. WALDEMAR ALCÂNTARA, RENATA FERREIRA NÓBREGA - HOSPITAL GERAL DR. WALDEMAR ALCÂNTARA, RONALDO GOMES ALEXANDRE JÚNIOR - HOSPITAL GERAL DR. WALDEMAR ALCÂNTARA (CE)

**Introdução:** O Projeto Paciente Seguro (PPS) tem por objetivo fomentar o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Iniciou no Hospital Geral Dr. Waldemar Alcântara (HGWA) em julho de 2021. Um dos temas do projeto é a segurança no uso de medicamentos, em que a etapa de dispensação é reconhecida como crítica. **Objetivo:** Reduzir a ocorrência de erros na dispensação de medicamentos. **Descrição da execução:** Foi formado um time para cada meta do PNSP. alinhamento teórico dos membros dos times e reuniões de acompanhamento periódicas. As coletas foram quinzenais de julho de 2021 a julho de 2022. O piloto ocorreu no satélite das clínicas abertas. Nas coletas eram avaliadas 20 prescrições aleatórias quanto a separação dos medicamentos conforme prescrição e aprazamento, sendo registrado medicamento errado, concentração errada, forma farmacêutica diferente da prescrita, omissão de medicamento, dose excessiva e omissão de dose. Ao final, se calculava a taxa de erro de dispensação (Número de medicamentos separados com erro/Número total de medicamentos separados). **Análise crítica dos resultados:** Formou-se a linha de base do gráfico do indicador de erro de dispensação nas 7 primeiras coletas. A mediana obtida foi 3%. Definiu-se como meta reduzi-la em 50% até maio de 2022. Para isto, foi elaborado um diagrama direcionador com ideias de mudança relacionadas ao processo de trabalho seguro, desenvolvimento da cultura de segurança e envolvimento de todos no cuidado. As ideias foram testadas utilizando-se a ferramenta PDSA. Os auxiliares de farmácia participaram das ações, nas discussões dos resultados obtidos a cada coleta e na proposição de ideias. A meta foi atingida nas 5 coletas seguintes, sendo mantida até julho de 2022. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade no cuidado:** Ficou clara a importância do acompanhamento sistemático dos fluxos e rotinas de trabalho para identificação rápida de falhas e desenvolvimento de ideias de mudança. O PPS contribuiu para uma dispensação mais segura e engajamento dos colaboradores envolvidos no processo que passaram a compreender os riscos da atividade e sua importância como barreiras de segurança. Definiu-se por expandir o indicador para toda a instituição.

Existência de financiamentos: As ações deliberadas foram custeadas pela própria instituição.



## 26193 - REESTRUTURAÇÃO DA METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE CIRURGIA SEGURA: UM ESTUDO DESCRITIVO

JULIA DIAS LEDUR ALVES - HOSPITAL MÃE DE DEUS, DIONÍSIA OLIVEIRA DE OLIVEIRA - HOSPITAL MÃE DE DEUS, BRUNA LETÍCIA RAMOS ARAÚJO - HOSPITAL MÃE DE DEUS, DIEGO JUNG DE STUMPFS - HOSPITAL MÃE DE DEUS, MAITÊ NUNES DE MIRANDA - HOSPITAL MÃE DE DEUS, NATHALIA LIMA MEISTER RECH - HOSPITAL MÃE DE DEUS (PORTO ALEGRE, RS)

**Introdução:** O cumprimento do protocolo de cirurgia segura é fundamental para reduzir eventos adversos e mortalidade cirúrgica. **Objetivos:** Verificar a adesão ao processo de reestruturação da metodologia de avaliação do processo de Cirurgia Segura pelo Serviço de Qualidade no Hospital Mãe de Deus em Porto Alegre. **Descrição da execução:** Estudo descritivo com análise dos dados através de estatística descritiva. Houve a reestruturação dos itens observados do processo de cirurgia segura a partir de janeiro de 2022, em comum acordo entre Serviço de Qualidade e o Cirúrgico. As etapas foram: validação da nova metodologia, modificação do instrumento de coleta de dados e capacitação dos acadêmicos de enfermagem para aplicação da auditoria que é realizada com observação direta. Os itens avaliados são: Check In – observação da adesão ao protocolo de marcação de sítio cirúrgico (quando aplicável), Time Out – observação da realização da pausa cirúrgica em voz alta por qualquer membro da equipe envolvido no ato cirúrgico, confirmando nome completo do paciente a ser operado, procedimento cirúrgico e a marcação do sítio cirúrgico (quando aplicável) e o Check Out – observação da conferência final de gases, compressas e agulhas utilizadas durante o procedimento, devendo ser exatamente igual a contagem inicial. Cada etapa deve cumprir respectivamente o preenchimento adequado e completo do checklist de cirurgia segura. **Análise crítica dos resultados:** A adesão ao processo de cirurgia segura até o mês de maio foi de 84%, dentro de uma meta proposta de 95%. Em maio tivemos a maior adesão desde o início das observações, 92,4% e março a menor com 81,6%. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** A metodologia proposta permitiu a avaliação abrangente da aplicação do checklist de cirurgia segura, também identificando oportunidades de melhoria – especialmente em relação aos registros cirúrgicos e o momento do Check Out, desencadeando ações mais direcionadas, concluindo dessa forma que o checklist de cirurgia segura é um processo amplo, extremamente importante a ser cumprido de forma efetiva e integral, e o acompanhamento de sua execução deve ser realizado a fim de identificar oportunidades de melhoria. A reestruturação dos itens avaliados nas auditorias pela Qualidade permitiu a abrangência do processo de cirurgia segura, dessa forma contribuindo ativamente para a segurança do paciente cirúrgico.

**25990 - SEGURANÇA DO PACIENTE: PERSPECTIVA DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM**

PAULA GABRIELI MAGNAGO MATOS - UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO, ANA BEATRIZ DA FRAGA BERTOLINI - UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO, MONALIZZA CALAZANS - UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO, FLÁVIA BATISTA PORTUGAL - UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

**Introdução:** A segurança do paciente é um dos principais fundamentos da assistência à saúde e um elemento indispensável para a gestão da qualidade em todo mundo. **Objetivo:** Analisar a compreensão dos graduandos em Enfermagem de uma Universidade Pública, sobre o tema erro humano e Segurança do Paciente. **Método:** Estudo exploratório descritivo com abordagem quantitativa. Participaram do estudo 138 discentes do curso de Graduação em Enfermagem. Utilizou-se um questionário estruturado com perguntas fechadas. Os dados foram tabulados em planilhas e a análise estatística foi apresentada por meio de frequências absolutas e relativas. **Resultados:** Observou-se que 63% dos estudantes discordaram que cometer erros na área da saúde é inevitável. Nas opções de discordaram fortemente ou discordaram que profissionais competentes (64,5%) e estudantes comprometidos (71,0%) não cometem erros que causam danos aos pacientes. A maioria concordou fortemente ou concordou que na vigência de um erro, todos os envolvidos devem discutir sua ocorrência (89,9%) e que a partir do erro deve ser instituída uma efetiva estratégia de prevenção (94,9%), bem como concordaram que sempre se deve instituir análise sistêmica dos fatos (94,9%) para implementar medidas de prevenção de erros humanos. **Conclusão:** Os estudantes possuem entendimentos díspares sobre o tema, indicando que carecem da conscientização de que errar é humano. No entanto, reconhecem e valorizam a discussão do erro após a sua ocorrência por todos os envolvidos, mas, até então, há grande divergência no que se refere a comunicar ao paciente e à sua família sobre a ocorrência do erro, seja ele danoso ou não ao paciente.

**26402 - SIMULAÇÃO REALÍSTICA ENQUANTO FERRAMENTA DE CAPACITAÇÃO E PREVENÇÃO DE DANOS NO TRANSPORTE DO PACIENTE CRÍTICO**

EDUARDO LEANDRO RODRIGUES - HOSPITAL GERAL DE ITAPECERICA DA SERRA, FERNANDA DEI SVALDI PAMPLONA - HOSPITAL GERAL DE ITAPECERICA DA SERRA, FABIANA FONTES GUIRRA PALHARES - HOSPITAL GERAL DE ITAPECERICA DA SERRA (SP)

O interesse em apresentar essa experiência surgiu da vivência dos autores enquanto profissionais de enfermeiros que atuam na gestão dos serviços de enfermagem em uma instituição pública de saúde. O transporte do paciente crítico, traz consigo fragilidades significativas que por sua vez corrobora para eventos ou quase eventos ao paciente transportado, a estabilização do quadro clínico do paciente é fundamental para um transporte seguro. A equipe responsável pelo transporte do paciente crítico precisa elucidar, quais são as prioridades estabelecidas ao paciente e as metas do cuidado, para que através desse plano seja focado uma assistência segura e eficaz. A experiência teve como objetivos elucidar através da simulação realística as possíveis fragilidades durante o transporte do paciente crítico e despertar na equipe o senso de prioridades do cuidado considerando risco x benefício. Trata-se de uma experiência realizada em um hospital público da cidade de São Paulo, gerenciado por uma organização social de saúde em parceria com a Secretaria Estadual. O método utilizado foi a simulação realística, onde o paciente foi representado por um simulado (manequim) com característica do paciente crítico. O método também foi composto por um instrumento fechado com particularidades para cada integrante da equipe envolvida no transporte. Através da experiência foi possível obter as seguintes convergências temáticas: estabilização do quadro clínico do paciente antes do transporte; presença da equipe multiprofissional no transporte do paciente; passagem de plantão a unidade de origem de forma efetiva com técnica de releitura via instrumento SBAR; tempo hora homem por categoria profissional; preparo do leito e presença da equipe responsável pelo recebimento do paciente. Por meio da simulação realística foi possível aproximar o real e o fictício, problematizar a situação no intuito de melhoria contínua no processo do transporte seguro do paciente crítico, garantindo segurança ao paciente e resguardando a instituição de saúde em seus processos assistenciais de melhoria contínua. A experiência foi impar na instituição de saúde, gerando uma ação significativa, favoreceu a criação de um boletim de risco informativo. Sobre os benefícios da simulação realística na melhoria contínua das práticas assistências em saúde no transporte do paciente crítico.

## 26167 - SISTEMAS DE RELATÓRIO DE NOTIFICAÇÕES DE INCIDENTES DE SEGURANÇA DO PACIENTE: REVISÃO DE ESCOPO

RENATA LIMA G CAROCCINI - UNIFESP, GEISA COLEBRUSCO DE SOUZA GONÇALVES - UNIFESP, ELENA BOHOMOL - UNIFESP, ANDREIA CRISTINA FEITOSA DO CARMO – UNIFESP

**Objetivo:** Identificar na literatura científica quais são as características dos sistemas de notificação de incidentes de segurança do paciente que contribuem para a aprendizagem organizacional. **Métodos:** Revisão de escopo realizada a partir dos parâmetros de qualidade do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews – PRISMA-ScR, com protocolo publicado na Plataforma Open Science Framework (OSF) para responder à seguinte pergunta: quais são as características e qualidades dos sistemas de notificação de incidentes que contribuem para a aprendizagem organizacional e para a segurança do paciente? A categorização dos artigos seguiu a diretriz da Organização Mundial de Saúde (OMS) intitulada Minimal information model for patient safety incident reporting and learning systems: user guide. **Resultados:** Observamos uma variabilidade de serviços de saúde dentre as 18 produções científicas publicadas entre 2010 e 2020 sobre o sistema de notificação apresentaram 100% de objetivos como principal finalidade relacionadas as lições de aprendizagem em segurança do paciente. **Conclusões:** Os sistemas se declaram voluntários, a divulgação se dá em maioria por relatório individual e as notificações no sistema, em grande parte, são realizadas pelos profissionais de saúde. As características do sistema com divulgação confidencial e sigilosa da notificação, a partir da perspectiva frente aos incidentes em saúde, revela a importância de se aprender com os eventos adversos e discutir melhorias nas organizações.

**26085 - USO DE EXPRESSÕES VAGAS E ABREVIATURAS NAS PRESCRIÇÕES DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

LISANDRA FRANCILINO FERNANDES - UFPB-HULW, BEATRIZ BARROS MARTINS - UFPB-HULW, MAXSYARA FELISMINO DA SILVA SOARES - UFPB-HULW, MABEL MENDES CAVALCANTI – HULW

Erro de medicação é qualquer evento evitável que, de fato ou potencialmente, pode levar ao uso inadequado de medicamento. Esse pode ocorrer em diversas etapas do processo de assistência, sendo a prescrição um dos pontos mais vulneráveis. Prescrições feitas com expressões vagas do tipo “usar como de costume” e “se necessário” e as abreviaturas de símbolos, siglas, números e certas expressões de dose, estão frequentemente relacionadas aos erros de medicação. Nesse contexto, o presente trabalho busca promover o intercâmbio de práticas seguras, informações e soluções de problemas relacionados a prescrição e ao uso de medicamentos, de acordo com o que é preconizado pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente. Portanto, esse trabalho objetiva analisar a ocorrência de expressões vagas e abreviaturas em prescrições de Unidades Clínicas de um Hospital Universitário que possam induzir os profissionais de saúde a erros de medicação. Trata-se de um estudo observacional retrospectivo realizado nas unidades de Terapia Intensiva, Clínica médica, cirúrgica e pediátrica de um Hospital Universitário. Foram analisadas semanalmente, 724 prescrições eletrônicas impressas, que foram escolhidas de modo aleatório, via sorteador. Foram coletadas 30% das prescrições feitas no dia da coleta de cada unidade no período de agosto/2021 a abril/2022. Os itens analisados foram avaliados segundo formulário recomendado pelo Instituto para Prática Segura no Uso de Medicamentos – ISMP. Do total avaliado, 519 medicamentos dessas prescrições apresentavam expressões vagas, predominando as expressões, “a critério médico” e “se necessário” sem informar posologia, duração do tratamento e condição de administração. Já as abreviaturas, foram detectadas em 1.929 medicamentos e relacionavam-se a unidades de medida, vias de administração e na escrita dos nomes dos mesmos. Diante desse cenário, foi possível construir um plano de ação com os protagonistas do processo de uso de medicamentos, como medida de melhoria. Ademais, pode-se ainda conscientizá-los sobre a importância de se evitar linguagem que induza erros de prescrição e o impacto dessas ações na segurança do paciente.

## 26038 - VIVÊNCIA DE ESTUDANTES ACERCA DO CONHECIMENTO DA LÍNGUA DE SINAIS NA IMUNIZAÇÃO DE PESSOAS SURDAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

EDUARDA AUGUSTO MELO - CENTRO UNIVERSITÁRIO TABOSA DE ALMEIDA - ASCES-UNITA, GABRIELA FERNANDA DOS SANTOS - CENTRO UNIVERSITÁRIO TABOSA DE ALMEIDA - ASCES-UNITA, BEATRIZ DA SILVA ASEVÊDO - CENTRO UNIVERSITÁRIO TABOSA DE ALMEIDA - ASCES-UNITA, CLARA BEATRIZ DOS SANTOS - CENTRO UNIVERSITÁRIO TABOSA DE ALMEIDA - ASCES-UNITA, CARLA SANDYELE TAVARES GALVÃO DE PONTES - CENTRO UNIVERSITÁRIO TABOSA DE ALMEIDA - ASCES-UNITA, MARIA ALICE NEVES DE ARRUDA PEREIRA - CENTRO UNIVERSITÁRIO TABOSA DE ALMEIDA - ASCES-UNITA

**Introdução:** Em janeiro de 2020, o mundo decretou pandemia, por meses a ciência buscou a prevenção do COVID-19, apenas, um ano após os imunizantes chegaram ao Brasil. Diante do caos que o mundo se encontrava, junto às desinformações, como desmistificar uma nação sobre os “novos imunizantes”? Sendo necessária a comunicação, para que todas as inverdades fossem sanadas, garantindo que a vacinação fosse leve e segura para todos. O estudo justifica-se pela experiência de enfermeirandas na comunicação com a população surda durante a vacinação contra o COVID-19, garantindo acessibilidade e assistência de qualidade. **Objetivo:** Demonstrar a importância do conhecimento da Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS) diante da população surda em um centro de vacinação. **Descrição da execução:** Trata-se de um estudo do tipo relato de experiência, de abordagem qualitativa, fruto da vivência de graduandas e profissionais de enfermagem no centro de vacinação contra a COVID-19, no município de Caruaru-PE. As vivências se iniciaram em junho de 2021 e contou com o voluntariado de estudantes de uma instituição privada de nível superior, foram por volta de 30 graduandas de enfermagem diariamente, atendendo cerca de 1000 pessoas por dia. Entre os públicos que eram atendidos, incluem-se os usuários surdos, contudo, apenas uma preceptora do serviço conhecia LIBRAS, sendo esta responsável por mediar à comunicação entre usuário e graduando. Por meio da comunicação era solicitados documentos para cadastro, repassado orientações sobre o imunizante que seria aplicado, seus efeitos adversos e aprazamento para a próxima dose, além de sanar as dúvidas. **Análise crítica dos resultados:** A linguagem e comunicação são primordiais para a assistência de qualidade e segura, é notável que o atendimento em saúde se tornasse mais precário quando não tem profissionais capacitados para a oferta de comunicação através da LIBRAS, pois o atendimento fica voltado ao acompanhante, gerando uma falha na qualidade integral à assistência. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** Fica evidente a necessidade de inclusão obrigatória da disciplina de LIBRAS no Ensino Superior desde o início da graduação, para que assim os profissionais da saúde promovam a acessibilidade e integralidade da assistência, garantindo atendimento digno e de qualidade a pacientes surdos.

**26383 - 23 ANOS DO SISTEMA BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO**

CAMILA DEISTER - ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, GILVANE LOLATO - ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, ADRIANA TORRES - ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, NATALIA MATIAS - ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, PÉRICLES GÓES CRUZ - ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO

**Introdução:** A ONA, desde 1999, é responsável pelo desenvolvimento e gestão dos padrões brasileiros de qualidade e segurança em saúde e trabalha para que as organizações de saúde adotem práticas de gestão e assistenciais que levem à melhoria do cuidado para o paciente.

**Objetivo:** Demonstrar o crescimento da acreditação num período de 10 anos.

**Método:** Análise quantitativa, dos anos de 2012 à 2022, comparando o crescimento da metodologia, estratificado por região do país e pelo nível de acreditação, envolvendo todos os tipos de serviço elegíveis ao processo de acreditação. **Resultados:** O SBA/ONA completou em Junho/2022 23 anos de história, e desde sua criação até hoje, homologou cerca de 3.985 certificados, tendo 1022 certificações válidas em julho/2022. Em julho de 2012, tinha um total de 322 certificações válidas, distribuídas: por região geográfica do país: Sudeste 77,3%, Nordeste 7,5%, Sul 9,9%, Centro-Oeste 3,1% e Norte 2,2%; Por nível: Nível 3: 33,9%, Nível 2: 35,4% e Nível 1: 29,8%, Selo: 0,9%. Em julho de 2022, 10 anos depois, tem-se um total de 1023 certificações válidas, distribuídas: Sudeste 61,4%, Nordeste 11%, Sul 11,7%, Centro-Oeste 12,3% e Norte 3,5% e por nível: Nível 3: 45,3%, Nível 2: 26,3% e Nível 1: 25,3%, Selo: 3,1%, representando um crescimento geral de 217,7% no período.

**Discussão:** Observou-se um crescimento anual médio de 21% no período, o que representa um resultado muito positivo para a metodologia e para a saúde no nosso país, visto que a acreditação promove mais segurança e qualidade assistencial. Vale ainda ressaltar que, mesmo no período pandêmico pelo COVID-19, a metodologia evidencia um crescimento importante de 11,7% de organizações acreditadas, no período de março de 2020 à dezembro de 2021, demonstrando a representatividade da estratégia da avaliação remota iniciada neste período. **Conclusão:** Foi possível verificar um crescimento geral de creditações concedidas de 217,7%, no período de 2012 à 2022. Um crescimento exponencial expressivo, com uma notória expansão para todas as regiões do Brasil. A maior concentração das organizações acreditadas brasileiras se mantém na Região Sudeste, e tem como principal referência os Serviços hospitalares. É fundamental incentivar as Organizações de saúde, através do processo de acreditação, a trabalharem utilizando um sistema de gestão estruturado pela busca da excelência dos serviços prestados.

**26352 - METODOLOGIA DE REVISÃO DO MANUAL BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO**

GILVANE LOLATO - ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO – ONA, PÉRICLES GÓES CRUZ - ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO – ONA, AUDREY CRISTINA RIPPEL - ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO – ONA, CAMILA DEISTER - ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO – ONA, NATALIA MATIAS - ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO – ONA, ADRIANA TORRES – ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO – ONA

**Métodos:** O Projeto de revisão do Manual Organizações Prestadoras dos Serviços de Saúde – OPSS – teve 15 meses de duração. A Organização Nacional de Acreditação – ONA – estruturou e liderou o projeto levando em consideração os riscos, objetivos, premissas e cronograma de trabalho. Para iniciar o projeto foi levantada a base dados de avaliações registradas no sistema informatizado da Organização Nacional de Acreditação, denominado Sistema ONA Integrare. Foram colhidas também, informações das Pesquisas de Satisfação aplicadas às Organizações de Saúde, observações nos relatórios de avaliação da ISQUA A metodologia utilizada para revisão do Manual, como estratégia de consenso, foi a de Técnica do Grupo Nominal, envolvendo em torno de 150 profissionais de diversas áreas distribuídos entre um Comitê Executivo, grupos de trabalhos e avaliações testes aplicados em Organizações de Saúde selecionadas. O Comitê Executivo, no nível estratégico, era composto por representantes da ONA e Instituições Acreditoras Credenciadas (IACs) pela ONA com a função de validar as principais diretrizes do manual. Já no nível tático, cada grupo de trabalho foi liderado por um coordenador que tinha a função de promover a interação entre todos os componentes do nível operacional. As reuniões para revisão do manual ocorriam de forma online, semanais ou quinzenais, com 2 horas de duração e acompanhadas por um coordenador do projeto. Todos os participantes assinaram um termo de confidencialidade. As entregas de cada um destes grupos compreenderam: a revisão dos conceitos, requisitos, dimensões da qualidade, fundamentos de gestão, orientações e sugestões de evidência para cada requisito que proporcionaram o desenvolvimento da autoavaliação e a definição dos requisitos core estabelecidos como essenciais para cada subseção. Após as entregas, foram realizados os processos de consulta pública e avaliações testes, estabelecidos em Normas Orientadoras da ONA e são considerados como fases obrigatórias para a revisão dos manuais da ONA. Para informar a sociedade da revisão, a ONA, desde o princípio do projeto, realizou uma série de divulgações em mídias sociais e webinars. **Resultados:** Foram em torno de 150 participantes na revisão do manual considerando os níveis estratégico, tático e operacional. Contamos com 18 coordenadores para cada um dos 18 grupos de trabalho e a realização de mais de 220 reuniões. Como estratégia de disseminação das grandes mudanças que estavam sendo propostas, a ONA realizou 10 webinars gratuitos no Youtube com a participação de especialistas e representantes das Instituições Acreditoras Credenciadas. Houve a realização de 16 avaliações testes e aproximadamente 20 dias para a consulta pública, com a coleta de 178 sugestões de mudanças que foram analisadas e ajustadas, quando pertinentes. **Conclusão:** Concluímos que o projeto cumpriu com o cronograma estabelecido e teve uma repercussão muito positiva na sociedade, pois o Setor Saúde pode acompanhar, através dos canais de comunicação da ONA, o projeto de revisão do Manual OPSS na versão 2022. Acreditamos que a inserção das orientações e sugestão de evidência para cada requisito, irá irão auxiliar muitos profissionais e organizações de saúde a darem o primeiro passo em busca da melhoria dos processos e conseqüentemente a conquista da acreditação para estas Organizações.



**26381 - O DESAFIO DA ACREDITAÇÃO EM HOSPITAIS**

ADRIANA VITAL TORRES - ONA, PÉRICLES GOES DA CRUZ - ONA, GILVANE LOLATO - ONA, CAMILA DEISTER - ONA, NATALIA MATIAS – ONA

**Introdução:** Avaliar a qualidade na saúde é fundamental, especialmente quando as mudanças ocorrem de maneira rápida e dinâmica. Existem diversos programas nacionais e internacionais, que com suas características próprias, tem o objetivo de aprimorar as organizações de saúde. Mas o que faz uma organização escolher por uma metodologia? Como cada uma se comporta em relação ao tipo de gestão ou localização? **Objetivo:** Comparar 5 metodologias com o objetivo de conhecer a participação dos hospitais e seu perfil, público ou privado, nos programas de qualidade. **Método:** Realizado um levantamento quantitativo em 2016 e 2022 dos principais programas de acreditação, comparando o crescimento das metodologias e o perfil da organização. As metodologias analisadas foram a da ONA seguida da metodologia A, B, C e D, preservando o nome das demais metodologias. Inclui nesse trabalho somente serviços hospitalares. **Resultados:** A ONA manteve o ranking de maior número de hospitais acreditados, seguido à distância pelas metodologias B, A, D e C. A diferença entre a ONA e a metodologia B é mais de 50% ao comparar 2016 e 2022. Apesar de ter crescido em número, a metodologia A reduziu 0,69% nos últimos 6 anos. A metodologia B aumentou 6.29%. A metodologia D não estava presente no Brasil em 2016 e atualmente possui 3.13%, ultrapassando a metodologia C, que manteve a mesma quantidade de hospitais acreditados. Os hospitais públicos acreditados correspondem a 14.52% entre todas as metodologias, sendo 11.94% vinculados à metodologia da ONA. **Discussão:** A ONA é a mais procurada devido ser a única responsável pelo desenvolvimento e gestão de padrões nacionais de segurança e qualidade em saúde. O Estado de São Paulo possui o maior número de acreditados devido a condição de maior centro econômico do país. Alguns hospitais possuem mais de uma metodologia dificultando identificar o total de hospitais acreditados no país. Para os hospitais públicos são necessários esforços para elevar o número de acreditados, visto que são marcados por diferentes características no modelo de gestão, orçamento, dentre outras. **Conclusão:** A acreditação intensifica a mudança organizacional com a revisão e melhoria dos processos internos das organizações. Os gestores podem escolher o programa que mais convém aos seus hospitais, pois apesar de ter diferentes especificidades todos os programas possuem sempre o mesmo foco: o paciente.

**26433 - IMPLEMENTAÇÃO DA TRATATIVA DE NOTIFICAÇÕES DE EVENTOS ADVERSOS DE MENOR GRAVIDADE NAS UNIDADES ASSISTENCIAIS**

BEATRIZ TAKATA - HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ, PAOLA BRUNO DE ARAUJO ANDREOLI - HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ, ELIENER DE SOUZA FAZIO - HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ, JULIANA MAZZUCO DE OLIVEIRA SANTOS - HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ, VANESSA DE FRANCA CORDEIRO - HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ

**Introdução:** O fortalecimento da cultura de segurança do paciente deve considerar as especificidades locais de cada unidade assistencial, seus problemas, estrutura, processos e trabalho em equipe. Como forma de alavancar essa estratégia foi implantado um projeto de melhoria da tratativa de notificações classificadas como de menor gravidade, a saber: circunstâncias de risco, quase falhas, incidente sem dano e incidente com dano leve. **Objetivo:** Descrever a implantação do processo de tratativa local, das notificações de eventos adversos que geraram menor dano ao paciente. **Descrição da execução:** A estratégia utilizada foi de realizar localmente uma reunião com a equipe assistencial, promovendo a análise dos eventos a partir do uso da ferramenta do gráfico de Pareto para identificação dos problemas mais prevalentes, o Brainstorming ou o Ishikawa para identificação dos fatores causais e o estabelecimento de planos de ação SMART (Specific, Measurable, Attainable, Realistic e Time-based). **Análise crítica dos resultados:** Até o momento foram realizadas 16 reuniões que corresponde à 22% do total das unidades que serão visitadas ao longo do projeto. No decorrer dos ciclos de PDSA foram realizadas melhorias e estabeleceu-se um padrão de trabalho, que está em fase de disseminação. A parceria da equipe de segurança do paciente e as equipes assistenciais, na busca de soluções para, ao mesmo tempo, disseminar o conhecimento sobre gerenciamento de risco dos profissionais assistenciais, envolver e empoderar a equipe a identificar as oportunidades de melhoria e controlar melhor os riscos de suas atividades. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade no cuidado:** O uso de metodologia estruturada e o desenvolvimento de competências das equipes assistenciais, são a chave do sucesso para a disseminação da cultura de segurança com vistas a aumentar a visão de riscos, possibilitando melhor controle e menor dano ao paciente.

**E-POSTER – TRILHA 2**

**E-POSTER: EP02\_Estratégias inovadoras para a qualidade do cuidado e segurança do paciente**

## 26280 - ESTRATÉGIA DE QUALIFICAÇÃO DE PROFISSIONAIS EM SEGURANÇA DO PACIENTE EM TEMPOS DE PANDEMIA COVID-19

CARLA DE ALBUQUERQUE ARAÚJO - SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO, ERIKA PATRÍCA LOPES DA SILVA - SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO

**Introdução:** A Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Pernambuco é responsável por grande parte do atendimento de alta complexidade do estado, com a estimativa de mais de 80% da população dependente do SUS e sabendo-se que aumentou durante os últimos anos pela situação de crise financeira da população e aumento da migração de paciente com planos de saúde para a rede pública; a rede assistencial do estado é significativa, com 62 unidades assistenciais, contemplando as mais variadas áreas assistenciais e linhas de cuidado. Tem também laboratório central, centro de intoxicações exógenas, farmácia central e regionais descentralizadas e gerências regionais de saúde nas 4 macro regiões e 12 micro regionais de saúde. As unidades assistenciais são de natureza diversa; são Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), Unidades Pernambucanas de Atenção Especializada (UPAE), hospitais de alta complexidade e hospitais regionais, espalhadas em todo território continental e no arquipélago Fernando de Noronha. A Segurança do Paciente tem como maior missão a redução a um mínimo aceitável a ocorrência de falhas com dano relacionadas à assistência do paciente, o evento adverso, em todas as instâncias. Ela é considerada desde 2019 uma prioridade global de saúde pela Organização Mundial de Saúde devido à sua gravidade e amplitude mundial, assim como a evitabilidade em grande parte das ocorrências e principalmente pela natureza em si, em que algo não previsto na evolução natural da patologia que levou o paciente à unidade de saúde ocorre e o faz sofrer, física ou psicologicamente. Dentre as muitas iniciativas da entidade no decorrer das últimas décadas e seus países membros para a melhoria do cuidado, foram implantadas a taxonomia única, metas internacionais de segurança do paciente, notificação de eventos adversos no sentido de aprendizado com erro, planos de ação com ciclos de melhoria do processo e evitar dano ainda maior e/ou mais frequente em outros pacientes, três desafios globais com o último em vigência e, a pouco, o plano de ação global para segurança do paciente 2021- 2030 com sete eixos estratégicos principais, divididos em quatro instâncias de atuação e 35 ações estratégicas. A entidade coloca a qualificação profissional com melhor investimento na área de segurança do paciente para a melhoria do cuidado. Este aspecto está presente tanto neste documento norteador de suma importância, quanto no Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). A Coordenação de Qualidade e Segurança do Paciente tem como missão o apoio à implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente, por meio de implantação dos núcleos de segurança do Paciente nas unidades, articulações variadas internas na secretaria, com as unidades e entidades parceiras visando a fomentação da cultura de segurança do paciente. Assim, é parte do PES como processo preventivo, está presente no mapa estratégico da saúde e tem monitoramento quadrimestral de ações planejadas, com metas alcançadas e muitas vezes superadas; algumas das ações monitoradas são de qualificação profissional que é parte primordial para a melhoria do cuidado e componente do Plano Estadual de Saúde na média e alta complexidade hospitalar e também na baixa complexidade, assim como na temática da segurança do Plano Estadual de Segurança do Paciente divulgado em 2020. Assim, vem realizando um cronograma de qualificações de profissionais da atenção primária, dos níveis ambulatoriais de especialidade e gerais, assim como dos hospitais de diferentes portes da rede estadual, e também de profissionais do nível central e das gerências regionais da secretaria na temática de modo presencial, com crescente participação, priorizando a capacitação e aprimoramento dos componentes de núcleos de unidades, mas estando abertos aos profissionais em geral, na ocorrência de vagas. O modo presencial traz muitas vantagens de se fazer conhecimento pessoal, trocas mais facilitadas de ideias e conversas de outros pontos; porém, por outro lado, leva a perda

de tempo no traslado e tem obstáculo de transporte de profissionais de unidades do interior do território, inclusive financeiras e não disponibilidade de veículos oficiais, concentrando assim profissionais da capital que já têm mais facilidade de ofertas de cursos e preterindo os demais. Diante da pandemia do Covid 19 que foi decretada pela OMS em 11 de março de 2020, com os primeiros casos em 26 de fevereiro em Pernambuco, o governo do estado promulgou decreto com medidas de contingenciamento e controle para a contenção do vírus, inclusive decreto de situação de calamidade; dentre elas a restrição de realização de eventos. A primeira destas normas foi o decreto nº 48.809, de 14 de março de 2020, que regulamenta, no estado de Pernambuco, medidas temporárias para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019, conforme previsto na lei federal nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que se proibia a realização de eventos maiores de 50 participantes; depois o decreto nº 48.833, de 20 de março de 2020, em que se declara situação anormal, caracterizada como “estado de calamidade pública”, no âmbito do estado de Pernambuco, em virtude da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus e, enfim, o decreto em que se cancelava qualquer tipo de reunião ou evento presencial de qualquer natureza, o decreto nº 48.837, de 23 de março de 2020, que altera o decreto nº 48.809, de 14 de março de 2020, que regulamenta, no estado de Pernambuco, medidas temporárias para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019, conforme previsto na lei federal nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020 – “art. 3º ficam suspensos, no âmbito do estado de Pernambuco, eventos de qualquer natureza com público; art. 3º fica suspensa, no âmbito do estado de Pernambuco, a concentração de pessoas em número superior a 10 (dez), salvo nos casos de atividades essenciais e necessárias, que não tenham sido suspensas em decorrência da situação de emergência”. Portanto, incluindo os eventos corporativos de natureza educacional em que se encaixam as qualificações profissionais da rede estadual de saúde em segurança do paciente, usualmente também abertos a outros profissionais externos à rede. Anteriormente os eventos promovidos pela secretaria estadual por meio da diretoria geral de atenção integral à saúde e organizados pela coordenação estadual de segurança do paciente eram realizados presencialmente no auditório da sede da secretaria estadual de saúde que contém -120 lugares e usualmente tinha sua capacidade superada em eventos prévios. Assim, era necessária uma nova estratégia para a necessária manutenção de qualificação na área.

**Objetivo:** Manter a qualificação profissional na temática segurança do paciente durante a pandemia CORONAVIRUS/COVID- 19, ponto angular primordial da melhoria da assistência e implementação do programa nacional de segurança do paciente, assim como do plano estadual de segurança do paciente, em que a qualificação profissional é parte do eixo 2, respeitando as normativas legais vigentes a época concernentes à eventos corporativos e não aglomerações de pessoas para como medidas de enfrentamento à emergência internacional e depois pandemia do COVID 19 quanto a não realização de eventos. **Descrição da execução:** A Coordenação Estadual de Segurança do Paciente fez uma adaptação do cronograma de capacitações de profissionais pelo nível central da Secretaria para a metodologia de educação à distância, com organização de palestrantes on line, programação de palestrantes e efetivação de cards com a mesma, uso de plataforma digital disponível na secretaria estadual, a telessaúde, com moderadoras desta área técnica e palestrantes tanto internos da rede quanto de profissionais eruditos na temática, aberturas com a alta gestão envolvida participação on line por meio de chat dos participantes fazendo ampla divulgação por meios usuais de emails, mas também mídias digitais e telefones, assim como parceria com a assessoria de imprensa da SES e divulgação até em jornais de circulação regional. As webs palestras e web seminários tiveram cronograma anual com realização ora bimestral ora mensal no total de 17, durante os anos de 2020 e 2021, por meio da plataforma telessaúde e com divulgação em site da secretaria. Forma abordados sub temas como segurança do paciente na saúde materno-infantil, neonatal e obstétrico com hospital demonstrando sua experiência de implantação de metas

internacionais e monitoramento de indicadores e protocolos institucionais de obstetrícia, parceria com clínicas contratualizadas de nefrologia (hemodiálise) com a experiência de implantação específica nesta assistência fazendo uma triangulação com os eventos adversos mais comuns colocados e explanados riscos pela coordenadora estadual e com a APEVISA relacionado às metas do plano nacional de ..... na área de nefrologia, experiência de higienização demãos e o monitoramento de sucesso associado /à implantação de política de adorno zero em um hospital; integração de farmácia e enfermagem no uso seguro de medicamento com maior controle de dispensação unitarizadas, fluxo de retorno de medicamentos vencidos ou não usados pós alta; apresentação do plano de ação global pela presidente científica da SOBRASP, a Sociedade Brasileira de Qualidade em saúde e segurança do paciente e representante regional, apresentação de resultados da coordenação estadual e avanços na área, experiências exitosas com implantação de protocolo de comunicação efetiva em tratamento de sífilis congênita na Atenção primária de uma unidade , experiências de prontuário eletrônico como ferramenta de segurança, ferramentas de segurança e participação da gestão como catalisadores do processo, participação de Paciente e família no seu cuidado e implantação de novo modelo assistencial centrado no paciente apresentado pela gestora de da unidade hospitalar, apresentação do projeto segurança do paciente ferramentas de qualidade na atenção primária com a participação de hospital de excelência. A partir do VI Fórum Estadual de Segurança do Paciente de 2020 em novembro do referido ano, a capacidade máxima de participação de eventos pela plataforma telessaúde era atingida e impedia a participação de demais pessoas; assim, foi proposta e aceita a mudança para a mídia youtube, ilimitada em participantes, mas requerendo novas adaptações e mudança de organização na programação e divulgação. **Análise crítica de resultados:** A participação foi excelente; atingimos 197 participantes somente no fórum anual estadual de segurança do paciente em novembro de 2020. A Coordenação Estadual de Segurança do Paciente e equipe receberam reconhecimento sobre a mudança, com prêmio de inovação tecnológica ofertado pela secretaria executiva e diretora de atenção integral. Um total de 355 profissionais foi capacitado diretamente, inclusive com participação de outros estados da federação. Alguns usuários do SUS participaram da qualificação, por meio do acesso disponibilizado do canal. A estratégia não será abandonada, se manterá uma educação híbrida, de acordo com a regulamentação em vigor, devido à sua facilidade de alcançar toda a rede, inclusive geograficamente distantes, considerando que a rede contém 61 unidades de saúde entre UPAs, UPAEs e hospitais, além de LACEN, farmácia central e gerências estaduais de saúde que também têm acesso e vêm participando. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** A educação a distância se constitui hoje em uma estratégia que veio para ficar, permitindo participação de pessoas inclusive de suas residências e locais de trabalho remotos, sem perda de tempo de locomoção e vencendo as dificuldades variadas da atividade presencial o conteúdo de boa qualidade estimula a participação e atinge objetivos de qualificação profissional de conteúdos teóricos de demonstrações de experiências exitosas de unidades e benchmarking que vem sendo a cada dia mais estimulado como fortalecimento da rede colaborativa de segurança em saúde em implantação na rede estadual de saúde e ciclo de melhoria e avanço na rede pelo aprendizado mútuo. O alcance numérico de participantes extrapolou em muitas vezes o presencial e portanto, a estratégia veio para se tornar permanente, associada a eventos presenciais em um modelo híbrido. As dificuldades advêm de limitações das ferramentas, mas também da disponibilidade de palestrantes em horários possíveis pela ferramenta e há toda uma articulação a ser feita reiteradamente por coordenação da área, que se finaliza no evento. A estratégia não será abandonada, se manterá uma educação híbrida, de acordo com a regulamentação em vigor, devido à sua facilidade de alcançar toda a rede, inclusive geograficamente distantes, considerando que a rede contém 62 unidades de saúde entre UPAs, UPAEs e hospitais, além de LACEN, farmácia central e gerências estaduais de saúde que também têm acesso e vêm participando.

## 26412 - A AMBIÊNCIA COMO BOA PRÁTICA NA ASSISTÊNCIA AO PARTO: EXPERIÊNCIA EM INSTITUIÇÃO PÚBLICA HOSPITALAR

JAQUELINE AMARAL MACEDO - HOSPITAL GERAL DE GUARULHOS, ANDREA MAYUMI LOUREIRO HAYASHI - HOSPITAL GERAL DE GUARULHOS, CHERLA VITORINO FANDIM SAN MIGUEL - HOSPITAL GERAL DE GUARULHOS, LUCIANE ROSA DE SOUZA - HOSPITAL GERAL DE GUARULHOS

**Introdução:** A ambiência trata-se do espaço físico profissional, de relações interpessoais, que está relacionada a um projeto de saúde. É voltada para atenção acolhedora e humanizada, na qual a ideia é contribuir com os processos de trabalho e aumento do grau de satisfação do paciente, além de estar relacionado com as melhores práticas na assistência à saúde. **Objetivo:** Relatar a experiência de alteração da ambiência de Unidade de Centro Obstétrico, dando ênfase com relação às boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento seguros, preconizados pela Organização Mundial da Saúde, além de conscientizar e capacitar os profissionais atuantes no setor. **Metodologia:** Estudo de cunho qualitativo, realizado em Instituição Hospitalar terciária, referência em atendimento a gestação de alto risco, localizada no Município de Guarulhos, com média de 300 partos por mês, entre o período de maio a julho de 2022, através de metodologia aplicada em prática cotidiana à rotina de assistência à gestante e baseado em referências bibliográficas encontradas nas bases de dados: Scielo, Lilacs e Google Acadêmico. **Resultados:** Com o processo de alteração da ambientalização do setor, notou-se resistência por parte da equipe de profissionais que atuam no setor, principalmente com relação a permanência do acompanhante; resistência da equipe médica em relação a adequação das salas de parto e inserção de berços aquecidos para recepção do RN ao lado da mãe e resistência da equipe com relação a alteração da classificação de risco da gestante fora do Centro Obstétrico. Em contrapartida, foi observado boa aceitação dos quadros relacionados a liberdade de posição durante o trabalho de parto e parto, nos leitos de pré-parto e em salas de parto e grande estímulo á adesão de novos indicadores de clampeamento oportuno do cordão umbilical, contato pele a pele e amamentação na primeira hora de vida. Após apresentadas as evidências científicas e portarias instituídas pelo Ministério da Saúde com relação as boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento seguros, a escuta ativa dos profissionais atuantes no contexto do estudo se consolidou para um atendimento mais humanizado e empático. **Conclusão:** Conclui-se, portanto, que apesar da resistência inicial por parte da equipe de profissionais de saúde, torna-se fundamental manter a assistência baseada em evidências científicas com relação a ambientação e ao cuidado do paciente, aumentando o grau de satisfação e segurança.

## 26205 - A APLICAÇÃO DO “TIME OUT” PARA PREVENÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS EM AMBIENTE DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

DANIELA DA SILVA GALHARDO - GRUPO FLEURY, JANAINA TEIXEIRA GARDEL BARRANCOS - GRUPO FLEURY, GISELE MALAVAZI ALVES - GRUPO FLEURY, LAIS VISSOTTO GARCHET SANTOS REIS - GRUPO FLEURY, DANIELLA MARCIA MARANHÃO BAHIA - GRUPO FLEURY

A Ressonância Magnética (RM) trouxe um grande avanço na medicina diagnóstica e, apesar do exame ser considerado seguro, existem riscos associados a exposição ao ambiente magnético que já conduziram a acidentes fatais. Além dos riscos relacionados ao equipamento (campo magnético estático, dinâmico e radiofrequência), há também o risco de administração do meio de contraste. Buscando oferecer mais segurança aos pacientes da RM do Fleury, empresa de Medicina Diagnóstica com 16 unidades, identificamos a oportunidade de implantar uma ferramenta de segurança conhecida como “Time Out”. O “Time Out” é aplicado nos centros cirúrgicos para verificar se todos os itens necessários para a cirurgia foram checados antes do procedimento, é uma breve pausa que ocorre imediatamente antes do início do ato cirúrgico. Para testar a aplicação deste conceito fizemos projetos piloto em 3 Unidades, antes de entrar em sala, os profissionais envolvidos na assistência ao paciente, Enfermagem e Biomédico, explicam para o paciente que alguns itens serão checados antes da realização do exame: nome completo e data de nascimento do paciente, o exame a ser realizado, preparo (uso do avental fornecido e se retirada dos itens metálicos e/ou eletrônicos), preenchimento completo do formulário de segurança e ausência de contraindicação para o exame. Este procedimento está em linha com diretrizes da Joint Commission International que recomenda aos serviços de saúde a implementação a Meta Internacional de Segurança do Paciente que visa garantir a realização do procedimento correto, no local correto e paciente correto. O piloto durou 1 ano e neste período não tivemos nenhum incidente nas 3 Unidades. Após finalização do piloto definiu-se pela implantação do “Time Out” na RM em todas as 16 Unidades da marca Fleury, pois a ferramenta trouxe mais segurança para o processo apoiando na identificação de situações de risco: evitamos entrada do paciente com objetos ferromagnéticos, exames incorretos (pedido médico diferente da queixa do paciente), entre outras falhas. Como resultado ao comparar os dados do período de 6 meses em que não existia a prática do “Time Out” na RM, com os dados de 6 meses pós implantação, constatamos que não houve nenhum evento evitável com o uso do checklist, em contrapartida aconteceram 09 incidentes evitáveis quando o “Time-Out” ainda não estava instituído.



**26354 - ACOMPANHAMENTO DO PREPARO DE MEDICAMENTOS COM APLICAÇÃO DE CHECK-LIST INSTITUCIONAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

CIBELE DUARTE PARULLA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, MIRELLA DE OLIVEIRA TATSCH DIAS - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, ALEXANDRA NOGUEIRA MELLO LOPES - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, NATHALIA ZINN DE SOUZA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, NATHÁLIA DUARTE BARD - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, CÉLIA GUZINSKI - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

**Introdução:** A administração de medicamentos consiste em uma das tarefas críticas da enfermagem, pois é uma atividade complexa e que envolve diversas etapas, indo do preparo até a administração dos fármacos. A ocorrência de erros durante esse processo é frequente nos sistemas de saúde e pode levar a um aumento das taxas de morbidade e mortalidade. Dessa forma, é fundamental que as instituições de saúde desenvolvam ações educativas para que os danos sejam minimizados. Assim, o Serviço de Educação em Enfermagem de um hospital universitário do sul do Brasil, realizou uma ação para o acompanhamento sistemático das etapas de preparo e administração de medicamentos, de forma a analisar os principais pontos de melhoria. **Objetivo:** Descrever o acompanhamento do preparo e administração de medicamentos com aplicação de um checklist institucional em uma unidade de internação cirúrgica. **Descrição da execução:** A atividade foi desenvolvida nos meses de fevereiro e março de 2022, em uma unidade cirúrgica referência em cuidados ortopédicos. Nesse período, os enfermeiros da unidade acompanharam 19 técnicos em enfermagem durante o preparo de medicamentos, por meio da aplicação de um checklist institucional que compreende etapas padrão para o preparo de medicamentos, visando a segurança do paciente. Os dados mostraram que a etapa de identificação do medicamento foi cumprida na integralidade, porém as questões relacionadas à desinfecção de bancada e bandeja, além de higiene de mãos imediatamente antes de administrar o medicamento foram as que apresentaram menores índices de adesão. **Análise crítica dos resultados:** A experiência se mostrou exitosa ao apontar os principais pontos a serem trabalhados com a equipe. Além de os dados encontrados serem semelhantes em todas as unidades cirúrgicas da referida instituição, também vão ao encontro da literatura, que aponta que na etapa do preparo dos medicamentos, ainda persiste a baixa adesão às recomendações preconizadas, especialmente, as relacionadas a medidas de biossegurança. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** Com os dados iniciais, é possível desenvolver medidas educativas voltadas especificamente aos pontos de melhoria encontrados. Além disso, o acompanhamento do preparo de medicamentos através do checklist institucional tornou-se uma ação sistematizada na instituição.

## 26049 - AÇÃO EDUCATIVA PARA A MELHORIA DA COMUNICAÇÃO NAS TRANSFERÊNCIAS DE CUIDADOS E SEGURANÇA DO PACIENTE

BEATRIZ ALBUQUERQUE MACHADO - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, LUANA FERREIRA DE ALMEIDA - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, VANESSA GALDINO DE PAULA - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, FERNANDA DE SOUZA IGNÁCIO GONÇALVES - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, LUCIANA GUIMARÃES ASSAD - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

**Introdução:** Sabe-se que a não utilização de instrumentos de comunicação corroboram com a perda de informação no processo de transferência de cuidados (ARAUJO, 2020). Além disso, os recursos visuais buscam chamar a atenção dos indivíduos. **Objetivo:** Relatar a experiência da elaboração de um material didático para a melhoria da comunicação entre profissionais de enfermagem atuantes em UTI no momento da transferência de cuidados. **Descrição da execução:** A partir da capacitação de enfermeiros intensivistas de um hospital universitário quanto à transferência de cuidados com metodologia ativa, foi identificada a necessidade da utilização de um instrumento didático que representasse o protocolo institucional. Assim, foi pensado na elaboração de um instrutivo que orientasse a transferência segura entre unidades, com base no método ISBAR. Após a construção do instrutivo, o mesmo foi apresentado a todos os enfermeiros da unidade em questão, que sugeriram melhorias após sua leitura e teste. **Análise crítica dos resultados:** Observou-se que o instrutivo foi favorável e adequado à realidade da UTI. A sensibilização dos enfermeiros, através da metodologia ativa, possibilitou atualização do conhecimento e padronização das ações de comunicação relacionadas às transferências entre unidades, além de contribuírem com itens antes não pensados. Além disso, o material didático, com formas e cores, disponível no posto de enfermagem, com acesso aos enfermeiros e próximo ao telefone, possibilita a consulta rápida dos dados necessários a serem informados na transferência de cuidados da UTI para outras unidades e vice-versa. A dificuldade encontrada foi a impossibilidade de reunir todos os enfermeiros em um só momento e ampliar a discussão coletiva, já que a atividade precisou ser realizada fora do local de atuação dos mesmos. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** O instrutivo padronizou ações de enfermeiros e residentes de enfermagem no momento da transferência de cuidados, além de permitir o debate sobre a temática e uso do ISBAR. As lições aprendidas se referem ao entendimento da fragilidade da comunicação na UTI e a importância da implementação de instrumentos recomendados que facilitam esse momento. O instrutivo elaborado poderá ser também utilizado em outras unidades assistenciais de alta complexidade.

**26174 - AÇÕES DE UMA EQUIPE DA QUALIDADE NA PERCEPÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE**

JULIANA APARECIDA GALLI - CENTRO DE QUIMIOTERAPIA AMBULATORIAL DA UNIMED CAMPINAS – SÃO PAULO (CQA), IVO CATARIN NETO - CENTRO DE QUIMIOTERAPIA AMBULATORIAL DA UNIMED CAMPINAS – SÃO PAULO (CQA), EMERSON GATTI - CENTRO DE QUIMIOTERAPIA AMBULATORIAL DA UNIMED CAMPINAS – SÃO PAULO (CQA), CINTIA ISOMURA DE PAULA - CENTRO DE QUIMIOTERAPIA AMBULATORIAL DA UNIMED CAMPINAS – SÃO PAULO (CQA), IARA BERTRAMI DE SOUZA - CENTRO DE QUIMIOTERAPIA AMBULATORIAL DA UNIMED CAMPINAS – SÃO PAULO (CQA), BÁRBARA DE CAMPOS ALVES - CENTRO DE QUIMIOTERAPIA AMBULATORIAL DA UNIMED CAMPINAS – SÃO PAULO (CQA)

**Introdução:** A Cultura de Segurança do Paciente (CSP) pode ser definida como um conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão de saúde e segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com falhas e melhorar a atenção à saúde. O envolvimento dos colaboradores com a CSP é relevante para um cuidado mais efetivo e seguro. **Objetivo:** Ações foram conduzidas pela Gestão da Qualidade para melhorar o engajamento dos colaboradores com a CSP em ambulatório oncológico. **Descrição da execução:** A pesquisa Hospital Survey on Patient Safety Culture, aplicada em setembro de 2020 em um ambulatório de oncologia em Campinas-SP, revelou a necessidade de melhorar a participação da equipe nos processos de CSP. As seguintes ações foram tomadas pela Gestão da Qualidade: criação de informativo periódico sobre a Qualidade e Segurança dos pacientes, divulgado através do e-mail corporativo e afixado nos murais do ambulatório; discussões e planos de ações do Núcleo de Segurança do Paciente passaram a ser divulgados a todos por e-mail; o perfil das notificações na instituição, com descrição daquelas de maior prevalência e as ações tomadas, também passou a ser divulgado a todos; visitas periódicas aos postos de trabalho passaram a ser realizadas pela equipe da qualidade, aumentando visibilidade e percepção de relevância da área. As ações foram realizadas de outubro de 2020 a setembro de 2021 no CQA. Posteriormente, a mesma pesquisa foi reaplicada. **Análise crítica dos resultados:** O Test-T Student revelou aumento na percepção dos colaboradores sobre a CSP (p-valor < 0,05 (0,00003)). O número de notificações de incidentes envolvendo pacientes subiu de 171 entre janeiro de 2020 e setembro de 2020, para 236 (+27,5%) no mesmo intervalo um ano depois, reduzindo a percepção de subnotificação no serviço. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** As ações adotadas: maior participação da equipe da qualidade na rotina das áreas, o desdobramento das decisões estratégicas até a ponta e o compartilhamento de informações sobre a gestão da qualidade e segurança do paciente de maneira clara e efetiva, melhoraram a percepção dos colaboradores sobre a CSP.

Descritores: Segurança do Paciente; Gestão da Qualidade; Oncologia.

Existência de financiamentos: Nada a declarar.

## 26296 - ADESÃO AO SISTEMA QR CODE VERSUS SISTEMA MANUAL DE COMUNICAÇÃO DE EVENTOS EM SAÚDE

MARIA FERNANDA APARECIDA MOURA DE SOUZA - UFRN, VILANI MEDEIROS DE ARAÚJO NUNES - UFRN, VIVIANE PEIXOTO DOS SANTOS PENNAFORT - UFRN, ANA ELZA OLIVEIRA DE MENDONÇA - UFRN, MARIANA LUIZA DE ACIOLY RODRIGUES - HOSPITAL PELÓPIDAS SILVEIRA/FGH SAÚDE, FLAVIANA CRISTINA SANTIAGO MACIEL - HOSPITAL PELÓPIDAS SILVEIRA/FGH SAÚDE

**Introdução:** O sistema QR Code é uma ferramenta de comunicação de incidentes e eventos adversos, por meio da leitura de um arquivo pela câmera do celular do notificante. **Objetivo:** Comparar a adesão ao sistema eletrônico QR Code com o sistema manual na comunicação de eventos em saúde. **Descrição da execução:** Realizou-se um levantamento das comunicações de eventos recebidos pelo setor de gerenciamento de riscos assistenciais por meio do sistema QR Code e dos formulários manuais no período de maio de 2021 a maio de 2022, em um hospital público de Recife/PE. A quantidade de eventos recebidos pelo sistema QR Code (135 eventos) no início de sua implementação foi próxima ao quantitativo recebido via formulário manual (190 eventos). Após um ano, verificou-se que a taxa média de adesão ao sistema manual foi de 65% e ao sistema eletrônico foi de 35%. **Análise crítica dos resultados:** Os desafios do sistema QR Code foram: Restrição no acesso aos dados móveis em alguns setores do hospital, limitação das câmeras de alguns aparelhos na leitura do QR Code e local de divulgação do QR Code centralizado em cartazes. As vantagens: Rápido acesso, possibilidade de envio de recursos audiovisuais e feedbacks mais céleres. Quanto ao sistema manual, as dificuldades foram: Demora na comunicação dos eventos, atraso/falta de feedbacks, ilegibilidade de alguns formulários e constrangimento na notificação do evento por ter que inserir publicamente o papel na caixa. As vantagens foram: Acesso ao formulário e a preferência pela comunicação escrita. Realizou-se ciclos de melhorias: Inserção de campo para Feedback nos formulários manuais, descentralização do QR Code para “orelhinhas” em todos os computadores, criação de indicador de monitoramento dos feedbacks e inserção de ícone das áreas de trabalhos dos computadores. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** A oferta mista de sistemas de comunicação de eventos é importante para atender as necessidades dos diversos públicos no ambiente hospitalar. O sistema manual é uma estratégia alternativa acessível e que não deve ser banida das instituições. Já o formato eletrônico, oferece agilidade no recebimento da comunicação do evento e de feedback, contudo, requer adaptações que permitam o acesso equânime dos profissionais.

## 26439 - ANÁLISE DA MELHORIA DO EFEITO DO HÓRUS NA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM UM MUNICÍPIO DO RIO GRANDE DO NORTE

GENILSON PEREIRA GURGEL - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, ANA TÂNIA LOPES SAMPAIO - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

**Introdução:** A Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) define a assistência farmacêutica como conjunto de ações voltadas a promoção, proteção e recuperação da saúde. Nesse cenário, com a articulação com alguns departamentos de suas Secretarias, foi desenvolvido, pelo Ministério da Saúde, desde 2009, um sistema de informação web para a assistência farmacêutica (AF), chamado HÓRUS que tem como objetivo auxiliar na identificação em tempo real dos estoques nas centrais de abastecimento farmacêutico, nas farmácias e nas unidades de dispensação. Como mestrando do programa de Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde, ao aplicar ferramenta de análise de qualidade, foi identificado como um dos problemas prioritários no Sistema Municipal de Saúde de Apodi/RN, a falta de um software que possibilite a integração de informações gerenciais e assistenciais realizadas nas farmácias do SUS e nas centrais de abastecimento do município. **Objetivo:** Analisar a melhoria do efeito do HÓRUS na assistência farmacêutica. **Metodologia:** Pesquisa-Ação, com delineamento quase experimental, tipo antes depois e sem grupo controle, de abordagem qualitativa, desenvolvida através da aplicação de um ciclo de melhoria com enfoque no monitoramento da qualidade institucional, a partir da implantação do sistema HÓRUS na assistência farmacêutica do município. A análise qualitativa dos critérios e indicadores construídos será realizada a partir de uma versão adaptada das diretrizes do Standards for Quality Improvement Reporting Excellence 2.0. **Resultados:** Como cumprimento das atividades desenvolvidas foi possível realizar atividades que se enquadravam em algumas das etapas do ciclo de melhoria relacionado ao objeto da pesquisa. Sendo 6 etapas estudadas e discutidas: Identificação e priorização do problema de qualidade; Análise das causas do problema; Elaboração dos critérios de avaliação da qualidade; Avaliação inicial da conformidade dos critérios; Intervenção de melhoria dirigida aos critérios mais problemáticos e Reavaliações da conformidade dos critérios após a intervenção. **Conclusão:** Identificou-se os que não estão em conformidade, para assim atuar nas oportunidades de melhoria, intervindo com a implantação do HÓRUS e posteriormente avaliar a melhoria da qualidade para o serviço.

**26163 - AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE: DESAFIOS E APRENDIZADOS**

LAÍS CRISTINA JUNQUEIRA E ANDRADE - HOSPITAL CÁRDIO PULMONAR, JANAÍNA REGIS LEMOS BARBOSA - HOSPITAL CÁRDIO PULMONAR, RENATA NAIARA SILVA DOS SANTOS CASTRO - HOSPITAL CÁRDIO PULMONAR, BÁRBARA TAÍSA ASSIS SOARES DE CASTRO - HOSPITAL CÁRDIO PULMONAR, HELEN DE ARAÚJO ALVES - HOSPITAL CÁRDIO PULMONAR, MARCEL ABUQUERQUE - HOSPITAL CÁRDIO PULMONAR

**Introdução:** A cultura de segurança é conceituada como o produto de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamentos individuais e grupais que determinam o estilo, a proficiência e o compromisso da gestão de uma organização saudável e segura. No Hospital Cárdio Pulmonar a avaliação da cultura de segurança foi iniciada em 2018 e encontra-se no terceiro ciclo de aplicação. **Objetivo:** Apresentar os resultados e ações a partir dos ciclos da pesquisa sobre cultura de segurança do paciente, realizada através do questionário da Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). **Descrição da execução:** O primeiro ciclo da pesquisa foi em 2018, utilizando o questionário HSOPSC na íntegra. Validados 431 questionários por múltiplas categorias profissionais, (n. 923 profissionais), com 47% de adesão. No ano de 2020 validados 330 instrumentos, 1.232 profissionais, taxa de adesão de 28%. Em 2021, com 1.264 profissionais, taxa de adesão foi de 90%. O aumento da taxa de adesão reflete o envolvimento dos profissionais, apoio da alta gestão e a metodologia de aplicação. Ao avaliar os resultados dos três anos de aplicação da pesquisa, as dimensões mais fortalecidas foram “Apoio da Gestão para a Segurança do Paciente” com 89% (2018), 88% (2020) e 91% (2021) e “Aprendizado Organizacional - Melhoria contínua” com 88% (2018), 86% (2020) e 88% (2021). As dimensões mais frágeis foram “Respostas não Punitivas ao Erro”, variando de 42% (2018) a 47% (2020) e “Adequação de Profissionais”, variando de 50% (2018) a 45% (2020). Em 2021, não houve dimensão frágil. **Análise crítica dos resultados:** Ao longo dos ciclos estratégias foram desenvolvidas como a implantação de rondas executivas com alta gestão, projetos de melhoria e treinamentos sobre cultura de segurança. O desenvolvimento da cultura é algo contínuo, mesmo o resultado de 2021 não trazendo dimensão fragilizada, foram realizadas rodas sobre cultura de segurança, em grupos de líderes, equipe operacional e médicos. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** A partir destes encontros foram consolidadas as causas e sugestões de mudanças e apresentadas a alta gestão na Comissão de Gerenciamento de Risco, possibilitando definição de 09 (nove) estratégias institucionais para 2022, permeando desde a implantação de árvore de decisão da cultura justa até encontros mensais para discussão de temas alinhados as dimensões da cultura de segurança.

**26060 - BARREIRAS DE SEGURANÇA CONTRA FALHAS NAS MENSURAÇÕES GLICÊMICAS EM PACIENTES CRÍTICOS COM INSULINA INTRAVENOSA**

RAQUEL DE MENDONÇA NEPOMUCENO - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, LOLITA DOPICO DA SILVA - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

**Introdução:** A insulino terapia guiada por medidas glicêmicas realizadas pela enfermagem impõe o reconhecimento do risco de falsos resultados, que ocasionam ajustes indevidos e eventos adversos como a hipoglicemia. Pois fatores como o hematócrito dos pacientes e falhas do operador, influenciam a sua acurácia. **Objetivo:** Propor barreiras de segurança contra falhas nas mensurações glicêmicas em pacientes com insulina intravenosa. **Método:** Estudo transversal prospectivo com análise quantitativa dos dados, em unidade cirúrgica cardiológica de um hospital do Rio de Janeiro. As variáveis receberam tratamentos estatísticos não paramétricos e medidas de associação com hipoglicemia. **Resultados:** Observação de 417 glicemias em 42 pacientes com uso de vasoaminas (80,95%), oxigenação  $\geq 90$ mmHg em 85,71% e hematócrito  $<35\%$  em 71,42%. Houve hipoglicemia em 35,7%, dividindo os pacientes em dois grupos: (G1) com hipoglicemia  $\leq 60$ mg/dl (n=15) e o (G2), sem hipoglicemia (n=27). Pacientes com hematócrito baixo apresentaram 5,60 vezes mais risco de hipoglicemia e o uso de vasoaminas elevou 3,3 vezes esse risco. A realização de cirurgias de emergência, a presença de insuficiência renal com tratamento dialítico, e a hiperóxia também foram associadas à hipoglicemia. Todas as etapas da mensuração apresentaram desvio de execução, e com associação positiva para hipoglicemia foram: falta de calibração do glicosímetro, falta de verificação da validade/integridade da fita teste, falta da higienização das mãos e falta da coleta de até 1 ml de sangue. **Conclusão:** O enfermeiro deve conhecer as limitações dos glicosímetros e as características clínicas dos pacientes, para em conjunto com a análise do comportamento glicêmico ajustar a insulina com segurança. Barreiras de segurança recomendadas: atenção máxima com a calibração do glicosímetro e validade/integridade/conservação das fitas teste, uso das soluções teste na manutenção preventiva dos glicosímetros, uso de seringas de 1ml para volume correto da amostra, adesão à higienização das mãos, ajuste cauteloso da insulina em pacientes submetidos à cirurgia de emergência, com insuficiência renal e tratamento dialítico, anêmicos, em uso de vasoaminas e com hiperóxia. Recomenda-se a mensuração glicêmica com hemogasômetro, diante de valores de glicemia  $\leq 60$  mg/dl ou  $\geq 250$  mg/dl, por ser mais acurada e viável nas unidades intensivistas brasileiras.

## 26165 - BENCHMARKING COMO NORTEADOR PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

ANA PAULA AGOSTINHO ALENCAR - POLICLÍNICA ADERSON TAVARES BEZERRA E UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ, ANA THAISE DE SOUSA LINARD - POLICLÍNICA ADERSON TAVARES BEZERRA., LUCIANA SOBREIRA DE MATOS - POLICLÍNICA ADERSON TAVARES BEZERRA

**Introdução:** O Benchmarking é uma análise profunda das melhores práticas usadas por empresas de um mesmo setor, podem ser replicadas, estabelecendo uma parceria em processos inovadores. Esta estratégia é relevante para as instituições de saúde. Justifica-se este trabalho na importância em valorizar as ações desenvolvidas pelos profissionais do SUS. **Objetivo:** Relatar uma experiência de benchmarking. **Descrição da execução:** Trata-se de um relato de experiência de benchmarking como norteador para a segurança do paciente e primeiros passos de um processo de acreditação numa unidade de saúde especializada do SUS, Policlínica tipo II, na cidade de Crato, Ceará, em 2021. Todo planejamento iniciou com a inauguração do equipamento e anseio pela qualidade, os estudos e construção dos processos iniciaram e junto emanou as dúvidas recorrentes, não esclarecidas teoricamente. Surge daí, o interesse no benchmarking. Realizado contado entre direções e assessoras técnicas da qualidade. O deslocamento aconteceu de ônibus a uma distância de 592,8km até a cidade de destino, feita pela enfermeira assessora técnica e a farmacêutica. No primeiro dia incidiu apresentação da equipe, da instituição e observação documental. Segundo dia, foi explorado cada setor, direcionado pelo seu respectivo líder com explicação dos processos existentes. O terceiro dia acompanhou-se processo de notificação, protocolos, bem como seus indicadores. No último dia houve participação em auditoria e na reunião do NSP. **Análise crítica dos resultados:** Os resultados são relevantes, atualmente a instituição da Policlínica consta de 150 Pops implantados, 8 políticas, 17 protocolos, 24 fluxogramas, Alvará de vigilância Sanitária, o Núcleo de Segurança do Paciente atuante, ficha de notificação de eventos implantada, comissões, dentre elas, educação permanente e científico e biossegurança e controle de infecção, e a CIPA. Não foi identificado nenhuma dificuldade no processo de benchmarking. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** O aprendizado é que o SUS pode, o profissional que estuda e quer ofertar um cuidado de qualidade pode garantir os processos adequados, junto ao apoio da gestão, esta experiência contribuiu com o passo mais largo da instituição para o processo de boas práticas e futura certificação, além de garantir a busca constante pela qualidade e segurança para os usuários do serviço.



**26090 - CHECK IN DA ASSISTÊNCIA SEGURA AO RECÉM NASCIDO: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

DANIELA CRISTINA SANDY TUROLE - CAISM/UNICAMP, CRISTIANE FERREIRA MENDES SANCHES - CAISM/UNICAMP, LÍDIA BERALDO - CAISM/UNICAMP, SAMILLY R. FARIAS - CAISM/UNICAMP, ADRIANA DE FÁTIMA SOUZA - CAISM/UNICAMP, LETÍCIA BASTOS DE OLIVEIRA - CAISM/UNICAMP

**Introdução:** A segurança no cuidado ao paciente neonatal tem sido impulsionada ao longo dos anos, ao comparar os riscos existentes entre pacientes adultos e neonatais nota-se que os últimos são mais suscetíveis à ocorrência de eventos potencialmente graves, principalmente quando se fala em prematuros, devido a alta vulnerabilidade, imaturidade de seus órgãos e sistemas, por longos períodos de internação e pela exposição à utilização de dispositivos invasivos. Neste âmbito, é fundamental que se busque estratégias para mitigar os riscos nos quais os recém nascidos estão inseridos. **Objetivo:** Construir e implementar uma ferramenta de check in para a melhoria da assistência ao recém-nascido. **Descrição da execução:** Foi construído e implementado um instrumento em formato de check list dos itens a serem checagem nos primeiros quinze minutos após o recebimento do plantão, desta forma, assim como ocorre na aviação o piloto só decola quando todos os itens de segurança forem checados e demonstrarem perfeito estado, o intuito é transformar isso para a área de assistência à saúde, com a checagem dos itens de assistência à saúde, como a conferência: dos materiais de urgência; dos parâmetros do ventilador mecânico; prescrição e aprazamento das prescrições com a infusão endovenosa; presença de pulseira identificação; umidificação da incubadora de acordo com a idade gestacional e sensor de pele quando em berço aquecido; alarmes dos monitores multiparamétricos; fixação de sondas e dispositivos; montagem e funcionamento da régua de gases. **Análise crítica dos resultados:** Com a implementação dessa ferramenta foi observado uma redução dos eventos relacionados à assistência à saúde, como também como barreira para propagação do erro quando o mesmo ocorre. Isso mostra a importância de ações de forma sistematizada para mitigar os eventos adversos na assistência à saúde. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** As ferramentas estruturadas são importantes barreiras e contribuem para a segurança do paciente na prestação de um cuidado de qualidade e seguro. A adesão da equipe é peça fundamental.

## 26220 - CONSTRUÇÃO DE UM FLUXOGRAMA PARA CONDUÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS GRAVES: UMA EXPERIÊNCIA EXITOSA

ROSEMEIRE ANDREATTA - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTONIO MORAES (HUCAM), HILMARA APARECIDA JESUS MAIOLI - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTONIO MORAES (HUCAM), ANDRESSA TOMAZINI BORGARDT - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTONIO MORAES (HUCAM), TAYANA FÁTIMA FERREIRA SANTOS ANDREATTA - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTONIO MORAES (HUCAM), FABRÍCIA BARCELLOS SOUZA MORO - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTONIO MORAES (HUCAM), ROSALINA MARIA GIESEN - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTONIO MORAES (HUCAM)

**Introdução:** A Segurança do Paciente compreende a redução do risco de danos ao paciente nos serviços de saúde. Estudos estimam que a ocorrência de eventos adversos (EA), afete de 4,0% a 16% de pacientes hospitalizados em países desenvolvidos. Sendo assim, instrumentalizar os profissionais que atuam nos Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) é essencial para a adoção do uso de ferramentas e métodos de gestão de riscos relacionados à assistência à saúde. Isso pode ajudar a identificar os fatores causais e contribuintes do EA e prevenir novos incidentes. **Objetivos:** Organizar as etapas de condução de evento adverso grave (EAG) para auxiliar os investigadores na mitigação de danos e riscos. **Descrição da execução:** Em agosto de 2021 a ocorrência de um EAG, na Unidade Neonatal, desencadeou uma condução cadenciada pelo NSP, a saber: comunicação imediata à alta gestão, investigação preliminar – análise de cenário e prontuário, entrevistas com profissionais envolvidos no incidente, o que oportunizou avaliar a condição emocional e mitigar riscos ocupacionais. A condição clínica do paciente foi monitorada e as medidas para conter o dano adotadas. A família foi abordada oportunamente para o disclosure, por uma equipe mínima, utilizando como norteador o protocolo SPIKES, um mnemônico de seis passos. No dia seguinte ocorreu a reunião de análise de causa raiz, onde foram identificadas as causas e fatores contribuintes para o incidente, os quais foram organizados no diagrama de ishikawa e embasou a elaboração do plano de ação para evitar a recorrência do incidente. Com tudo, o paciente teve um desfecho favorável e esse, bem como a família foram acompanhados pelo NSP até a alta, o que favoreceu a mediação de conflitos. **Análise crítica dos resultados:** A vivência na condução de um incidente dessa magnitude sem uma diretriz norteadora e formal, que respaldasse a ação do NSP foi desafiadora, entretanto a alta gestão apoiou, o que tornou possível conduzir cada etapa junto aos stakeholders com tranquilidade e transparência. Com base nessa experiência foi criado e validado um fluxograma que orienta todas as etapas para a condução de EAG. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** É vital estruturar o NSP e preparar os investigadores para conduzir os EA de maneira oportuna, de forma a mitigar os diferentes riscos e danos e propor mudanças, com intuito de melhorar a qualidade.

**26422 - CONSTRUÇÃO DE UM TERMO DE ESCLARECIMENTO E CIÊNCIA PARA RISCO DE QUEDAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

RENATA ROCHA DA COSTA - HUWC/CH-UFC, ANDRÉINA FONTENELE TEIXEIRA - HUWC/CH-UFC, ANA KÉRCYA ARAÚJO LEITÃO DOS SANTOS - HUWC/CH-UFC, MARIA MÔNICA MOTA FERNANDES - HUWC/CH-UFC, PAULA MANUELA RODRIGUES PINHEIRO BERTONCINI - HUWC/CH-UFC, MONA LISA MENEZES BRUNO - HUWC/CH-UFC

A prevenção dos acidentes por quedas é uma das metas internacionais de Segurança do Paciente e a identificação de fatores de risco contribui para a prevenção do incidente durante a assistência hospitalar. O trabalho teve como objetivo relatar a experiência da construção e uso de um Termo de Esclarecimento e Ciência do Risco Quedas (TECRQ). Este, foi construído com finalidade de informar aos pacientes e cuidadores a respeito do risco de quedas identificado. O impresso foi utilizado nas unidades de internação de um hospital de ensino, terciário, localizado em Fortaleza-CE, no momento das admissões dos pacientes, realizadas no período de 2016 - 2021. Optou-se pela formulação de um instrumento em duas partes: a primeira contemplando a abordagem pelo profissional de saúde, esclarecendo o risco de quedas identificado e as orientações gerais relacionadas a prevenção, e, a segunda, evidenciando a ciência do paciente e seu cuidador a respeito do risco identificado segundo as recomendações do Protocolo Institucional. O termo foi implementado na rotina assistencial dos enfermeiros que inicialmente encontraram dificuldades na inserção do documento no momento da admissão por tratar-se de “mais um papel”. Não houveram dificuldades quanto ao preenchimento. Durante a aplicação foi observado que os pacientes e cuidadores compreendiam melhor as informações e interagem com os profissionais no reconhecimento do risco, sendo avaliado como uma experiência positiva. Como limitações, identificamos a dificuldade de manter essa rotina nas situações de admissão de pacientes em situação crítica; de compreensão de alguns pacientes dada a difícil aceitação da condição de internado e de lidar com diversas informações novas para o paciente, além da dificuldade em obter a assinatura dos pacientes com baixa escolaridade. Percebemos uma maior sensibilização nas práticas de prevenção de quedas, bem como a identificação precoce dos fatores de risco. Concluímos que a utilização do TECRQ na rotina assistencial foi de grande importância para adesão ao Protocolo de Prevenção de Quedas e que se trata de uma estratégia de educação em saúde que favorece o diálogo entre profissional e pacientes e seus cuidadores tornando-os coparticipantes do processo de aprendizagem e da própria segurança. As estratégias de educação quando integradoras, contribuem para a prevenção de incidentes em saúde e qualificam a assistência prestada.

## 26079 - DESDOBRAMENTOS DAS INFORMAÇÕES DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE ATÉ A EQUIPE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

JULIANA DE SOUZA LIMA COUTINHO - UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA, KAREN ELIANE OLIVEIRA SILVA - CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BELO HORIZONTE, SAMUEL ADRIANO PEREIRA - UNIMED-BH, AMANDA LARA MACHADO - UNIMED-BH, JHONATAN DE ASSIS DUTRA XAVIER - UNIMED-BH, LUANA VIEIRA TOLEDO - UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA

**Introdução:** O Núcleo de Segurança do paciente deve utilizar de estratégias para o fortalecimento da cultura de segurança entre os colaboradores da instituição de saúde. Um dos princípios fundamentais na consolidação de uma cultura bem estabelecida é o desdobramento do núcleo até a equipe. Para isso, é necessário fazer uso de estratégias para disseminação das informações.

**Objetivo:** Relatar a experiência da utilização de jornalzinho informativo para disseminação das informações do núcleo de segurança do paciente para a equipe da ponta.

**Descrição da execução:** Foi realizada a implementação de um jornalzinho informativo mensal para a disseminação das informações referentes ao Núcleo de Segurança do Paciente de uma instituição de saúde de grande porte em Belo Horizonte Minas Gerais. Para sua implementação, foi elaborado template padrão tipo boletim informativo, o jornalzinho foi atualizado mensalmente e, posteriormente, encaminhado via ferramenta eletrônica institucional de comunicação aos funcionários. Além disso, o jornalzinho impresso em folha A4 e fixado em acrílico foi distribuído nos seguintes setores da instituição: postos de enfermagem, laboratório, centro de imagem, farmácia e copa, a fim de facilitar o acesso da equipe. A ação foi iniciada no mês de março de 2022.

**Análise crítica dos resultados:** O jornalzinho foi construído a partir das informações consolidadas do mês anterior ao de divulgação, contendo distribuição de incidentes e eventos adversos, lembrete de caminho para acesso aos protocolos de segurança do paciente, guia para notificação de incidentes e eventos adversos, dicas de controle de infecções e informação das atividades educativas do núcleo a serem realizadas no próximo mês. O jornal foi elaborado de maneira a facilitar a compreensão, utilizando-se de letras grandes, ícones e paleta de cores da empresa, a fim de chamar a atenção dos funcionários. Após a implementação do jornalzinho foi percebida maior interação da equipe com as ações do Núcleo de Segurança do Paciente, os colaboradores relataram se sentir parte do processo.

**Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** A disseminação das informações relacionadas ao Núcleo de segurança do Paciente é fundamental para fortalecimento e empoderamento da equipe como desenvolvedora da segurança. A aplicação do jornal tem se mostrado efetiva para maior conhecimento e envolvimento da equipe nas ações do núcleo.

**26346 - DESEMPENHO DO CICLO DE PDSA DE PREVENÇÃO DE QUEDAS NO HOSPITAL**

THAISA CRISTINA AFONSO - UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, VERÔNICA FARINA - HOSPITAL MOINHOS DE VENTO, GUILHERME ONO DE GOUVEA - HUGOL, SARA MENDES RIBEIRO - HUGOL, ANDRESSA DE SOUSA SOARES - HUGOL, ANA LUCIA QUEIROZ BEZERRA - UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

**Introdução:** O ciclo Plan-Do-Study-Act (PDSA) é utilizada para testar uma mudança por meio do mnemônico P (planejar), D (fazer) realizar o teste, S (estudar) observar, analisar e aprender com o teste e A (agir) definir quais as modificações serão pertinentes ao próximo ciclo. Em 2021, o projeto Paciente Seguro (PPS) desenvolvido pelo Hospital Moinhos de Vento em parceria com Ministério da Saúde, por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS) foi desenvolvido em um hospital público da região centro-oeste de Goiás.

**Objetivo:** Relatar o Desempenho do time de queda referente à participação nas Avaliações das Práticas Seguras do Projeto Paciente Seguro. **Método:** Relato de experiência acerca das melhorias implementadas em um hospital público goiano no período de maio de 2021 a maio de 2022 de um projeto com foco na segurança do paciente, utilizando como metodologia o modelo de melhoria associada a ferramenta PDSA para testes. **Resultados:** As ações foram implementadas com testes em pequena escala, aplicando a ferramenta PDSA. As ideias para os testes eram guiadas pelo diagrama direcionador da meta de quedas, divididos em 3 drives: Processo, onde constavam sugestões de mudanças necessárias relacionadas aos processos de trabalho, Cultura com opções de ações focando na mudança de cultura e Envolver Todos que englobou ações em prol às melhorias dos diferentes papéis dentro de uma equipe. Das 22 ações relacionadas aos processos, 95% foram implementadas, quanto ao drive cultura, implementaram 100% das ações como também no Envolver todos. Os indicadores de processo correlacionados às melhorias foram: aumentar o percentual de adesão às medidas preventivas para quedas de 88% para 95% na Clínica Médica até maio de 2022, sendo alcançado mediana de 97%. Outra meta estabelecida foi manter o percentual da avaliação do risco de quedas na admissão em 100% até maio de 2022, sendo executado o resultado proposto. E por último, alcançar a metade 120 dias sem quedas até maio de 2022, e deste, o hospital conseguiu atingir a meta em março, destacando a importância de envolver o paciente e seu acompanhantes no cuidado preventivo à queda. **Conclusões:** A participação no projeto proporcionou a implementação de ações em prol à melhoria e aprendizados fundamentais para a prevenção de quedas no ambiente hospitalar.

## 26348 - DESENVOLVIMENTO DE SISTEMA DE INFORMAÇÃO PARA PADRONIZAÇÃO DO PREPARO DE MEDICAMENTOS

MARIANA GALVÃO LOPES - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, JANAÍNA RODRIGUES CHAGAS GONZATTI - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, RAFAEL DORNELLES CARRASCO - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, CAMILA ZIMMER DA SILVA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, THALITA SILVA JACOBY - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

**Introdução:** Os sistemas de informação na área de saúde são ferramentas importantes no processo do cuidado do paciente. Neste contexto, disponibilizar informações sobre o preparo e a administração de medicamentos é essencial para garantir a segurança do paciente. **Objetivos:** Padronizar e uniformizar a forma de preparo de medicamentos na instituição, de acordo com unidade de internação do paciente, visando garantir segurança, através do software Aplicativo de Gestão Hospitalar (AGHUse), além de permitir validações no momento da prescrição médica, verificando compatibilidade de diluentes, concentração máxima e mínima permitida das soluções. **Descrição da execução:** De setembro de 2021 a março de 2022, um grupo multidisciplinar (analistas de tecnologia da informação, farmacêuticos, médicos e enfermeiros) se reuniram para elaborar e executar um projeto para desenvolvimento de ferramentas no AGHUse. O desafio foi possibilitar a padronização das informações considerando as diferentes especificidades das unidades críticas adulto, pediátrica e neonatologia, além dos diferentes perfis das unidades de internação. As alterações foram desenvolvidas, codificadas, testadas, homologadas e, após, disponibilizadas no software de gestão da Instituição. Optou-se por iniciar a implantação na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) Adulto. Antes das implantações, os farmacêuticos do projeto apresentavam às equipes médicas e de enfermagem as novas funcionalidades da ferramenta. **Análise crítica dos resultados:** Foi possível desenvolver novas barreiras de segurança no AGHUSE desde a prescrição, com parâmetros de concentração e diluentes compatíveis, até a padronização do preparo do medicamento. Durante o período de implantação, observou-se sugestões adicionais em relação ao cadastro das diluições e preparo do medicamento. O monitoramento dos resultados foi a partir das solicitações ao Centro de Informações sobre Medicamentos (CIM-HCPA) provenientes da UTI com redução de 81,4% dos questionamentos desta unidade relacionados ao preparo do medicamento em comparação ao período anterior à implantação das novas funcionalidades. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** As novas funcionalidades desenvolvidas implementam barreiras desde a prescrição até o preparo do medicamento contribuindo com a segurança no processo de cuidado ao paciente.

## 25984 - DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DE UMA TECNOLOGIA EDUCACIONAL PARA A CIRURGIA SEGURA

MAXIMIANA APARECIDA DOS REIS FONSECA - UFES - UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO, VALÉRIA SOARES DA ROCHA - HUCAM - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO MORAES, FLÁVIA BATISTA PORTUGAL - UFES - UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

**Introdução:** A lista de verificação de cirurgia segura é uma ferramenta utilizada para garantir que todas as ações importantes em uma cirurgia sejam tomadas, no entanto, carece de estratégias para o seu processo de implantação, nesse sentido o desenvolvimento de tecnologias educacionais com design centrado no usuário, favorece a sensibilização da equipe ao uso dessa ferramenta. **Objetivo:** Desenvolver e validar uma tecnologia educacional, tipo vídeo educativo para segurança do paciente cirúrgico. **Método:** Trata-se de uma pesquisa aplicada de desenvolvimento tecnológico, realizada no centro cirúrgico de um hospital universitário. O desenvolvimento dessa tecnologia seguiu quatro etapas: planejamento; escrita de um roteiro; desenho do storyboard e validação do vídeo. **Resultados:** Para o desenvolvimento do vídeo foi realizado um teste piloto da aplicação da lista de verificação de cirurgia segura em 24 cirurgias, participaram da pesquisa 72 profissionais, entre eles, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, cirurgiões, anestesistas e seus respectivos residentes. Após aplicação do questionário semiestruturado foi possível observar o nível de conhecimento e cultura de segurança cirúrgica da população analisada, além de obter sugestões para adaptações e aplicabilidade da lista no cenário pesquisado. Com base nos resultados obtidos, foi possível desenvolver uma tecnologia educacional, tipo vídeo educativo com design centrado no usuário, que foi validado por juízes com expertises na área de conhecimento; essa ferramenta possibilita sensibilizar a equipe ao uso do checklist de cirurgia segura. **Conclusão:** Na era da tecnologia audiovisual, o vídeo educacional é uma proposta adequada já que consegue atingir de forma rápida e fácil toda a equipe, além de trazer um cunho sensibilizador para que o checklist seja implementado em todas as suas etapas de forma consciente e visando a segurança cirúrgica.

## 26268 - DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS EM CENTRO CIRÚRGICO: RESULTADOS DE PILOTO COM ARMÁRIO ELETRÔNICO

MARIANA GALVÃO LOPES - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, PRISCILA BECKER PACKEISER - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, PAULA TEIXEIRA PINTO - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, CAMILA ZIMMER DA SILVA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, ANA PAULA DELIBERAL - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, THALITA SILVA JACOBY - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

**Introdução:** Melhorar a segurança na utilização de medicamentos e materiais e otimizar processos são os principais desafios enfrentados pela farmácia hospitalar nos dias atuais. Na área cirúrgica, os desafios são ainda maiores considerando a complexidade e criticidade dos pacientes e, neste contexto, os armários eletrônicos são alternativas para a automação da dispensação. Diante da necessidade de inovar o atendimento ao centro cirúrgico do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), tendo em vista a expansão da área e ampliação do número de salas cirúrgicas, foi realizado piloto com armário eletrônico em sala do bloco cirúrgico do HCPA. **Objetivo:** Descrever os resultados da dispensação controlada de medicamentos e materiais médico-hospitalares através de armário eletrônico. **Método:** Estudo descritivo retrospectivo a partir dos relatórios e resultados obtidos com o uso do equipamento pelas equipes de enfermagem e anestesia. O equipamento foi composto por 138 medicamentos e materiais e ficou alocado em uma sala cirúrgica onde foram realizados 34 procedimentos de média e alta complexidade, no período de 02 a 13 de maio de 2022. **Resultados:** A média de retiradas por procedimento foi de  $39,76 \pm 12,97$  itens e média de  $8 \pm 6,22$  itens devolvidos a cada cirurgia. A composição de materiais e medicamentos do armário eletrônico atingiu uma cobertura média de 79,13% dos itens necessários para cada procedimento. A taxa de acuracidade média em relação aos registros em nota de sala pela enfermagem e registros de retirada no equipamento foi de 75,60%. **Conclusão:** Os resultados do piloto sugerem que o equipamento proporciona segurança e eficiência na otimização da dispensação de materiais e medicamentos em um centro cirúrgico. A taxa de cobertura do arsenal disponível demonstra que o equipamento é capaz de permitir a disponibilização rápida e segura de insumos em sala cirúrgica, reduzindo o deslocamento da equipe de enfermagem à farmácia. Além disso, pode ser identificada oportunidade de melhoria na definição do kit de anestesia para redução do estorno.



**26063 - DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS: SUBSIDIOS PARA A COMUNICAÇÃO EFETIVA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

CARLLA CILENE ALVES DANTAS PETRÔNIO - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, FERNANDA BELMIRO DE ANDRADE - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, VANESSA DE ARAÚJO LIMA FREIRE - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, EVELYN SILVA DE SOUZA - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, CECÍLIA OLÍVIA PARAGUAI DE OLIVEIRA SARAIVA - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, VIVIANE EUZÉBIA PEREIRA SANTOS - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

**Introdução:** A comunicação efetiva entre os profissionais de saúde é uma meta internacional de segurança do paciente e, critério de fortalecimento de práticas assistenciais, estabelecido no Plano de Ação Global de Segurança 2021-2030. Portanto, torna-se relevante identificar as ferramentas implementadas nas instituições de saúde, que colaboram nesse processo, em especial na gestão de documentos. **Objetivo:** Identificar e mapear os documentos institucionais que subsidiam a comunicação efetiva nos serviços de saúde. **Método:** Trata-se de uma Scoping Review com protocolo de pesquisa registrado no Open Science Framework, com coleta de dados em fevereiro de 2022, em bases de dados e repositórios de teses e dissertações nacionais e internacionais, incluiu-se pesquisas que abordassem a importância dos documentos de saúde para comunicação efetiva, sem restrições de idioma e/ou limite temporal, foram extraídas variáveis como: ano de publicação, país de origem, tipo de estudo, objetivo, nível de evidência, tipos de documentos utilizados para comunicação efetiva, contexto de uso e seus benefícios para a segurança do paciente. Os dados foram tabulados em planilha no software Microsoft Excel, e analisados mediante estatística descritiva simples. **Resultados:** A amostra (54;100%) foi composta por artigos científicos (51;94,5%), teses (2;3,5%) e dissertação (1;2%). Os tipos de documentos identificados foram (30;56%) prontuários eletrônicos, (10;19%) ferramentas de comunicação on line, (6;11%) instrumento de transferência do cuidado, (5;9%) roteiros assistenciais e (3;5%) fluxos de alta. Os benefícios apontados nos estudos a partir da implantação e uso dos documentos ressaltam melhoria na comunicação efetiva (50;93%), com capacidade de influenciar positivamente aspectos como: integralidade e interdisciplinaridade (25;46%); aumento da segurança do paciente (13;24%); tomada de decisão compartilhada (3;6%); acesso à informação pelo usuário (2;4%); melhora da qualidade da assistência a partir da organização da documentação hospitalar (1;2%); alta qualificada (4;7%) e participação da família no cuidado (2;4%). **Conclusão:** A adoção documentos institucionais auxilia na comunicação efetiva e, por conseguinte, promove um cuidado mais seguro, eficiente e efetivo, capaz de otimizar o uso de recursos financeiros e tecnológicos e contribuir com a melhoria contínua dos processos assistenciais.

**26195 - EMBAIXADORES DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM MEDICINA DIAGNOSTICA: FORTALECENDO A CULTURA DE SEGURANÇA**

DANIELA PRISCILA TOZZO DE SOUZA - GRUPO FLEURY, DANIELLA MARCIA BAHIA - GRUPO FLEURY, JANAINA TEIXEIRA GARDEL BARRANCOS - GRUPO FLEURY, LAIS VISSOTTO GARCHET SANTOS REIS - GRUPO FLEURY, LILIA RAPOSO CORRÊA DE AZEVEDO - GRUPO FLEURY

A disseminação e fortalecimento da Cultura de Segurança do Paciente faz parte do Plano de Segurança do Paciente dentro do ecossistema de saúde do Grupo Fleury: uma empresa de Medicina Diagnóstica, personalizada e de precisão atuando em dez estados brasileiros com cerca de 300 unidades. A empresa é de grande porte com quase 17 mil profissionais entre eles colaboradores e médicos. Um dos principais objetivos da organização em torno do tema Segurança do Paciente é criar estratégias que abranjam todo o seu contingente, levando todo arcabouço teórico ao alcance de todos e que com ele resulte em melhores práticas aos pacientes mitigando todo e qualquer dano. Durante a estruturação do Plano de Segurança pensou-se em como levar essa Cultura de Segurança do Paciente a todos os modelos de negócios. Com esse entendimento surgiram os Embaixadores do Núcleo de Segurança do Paciente, uma extensão do próprio núcleo composta por um grupo multiprofissional com 36 membros, indicados pelas suas lideranças, que representam suas respectivas marcas estando presentes nos diversos modelos da operação nas Unidades de Atendimento, áreas técnicas e corporativas. Um grupo multiprofissional que vem atuando no acompanhamento das ações de apoio, promoção e cooperação em relação à Segurança do Paciente no Grupo Fleury. Os Embaixadores se reúnem com o Núcleo de Segurança do Paciente em Fóruns, grupos de trabalho e estudos para conhecer, discutir e implementar as melhores práticas e soluções sobre os incidentes relacionados à assistência. São responsáveis por disseminar sistematicamente a Cultura de Segurança do Paciente com foco na melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologia em saúde, visando qualidade e segurança aos pacientes do Grupo Fleury. O resultado desse trabalho mostra melhora no indicador de tratativa de evento dentro do prazo, assim como ações mais estruturadas e ágeis para cada regional. O programa é uma solução de sucesso na disseminação da cultura de segurança do paciente em uma empresa de grande porte e alta capilaridade. Segurança do paciente é feita através de processos seguros e de qualidade, mas principalmente de profissionais preparados e engajados com o tema, e com certeza o Programa contribui com todos esses pilares.

## 26201 - ENGAJAMENTO DO PACIENTE NA SUA SEGURANÇA: EXPERIÊNCIA COM A IMPLANTAÇÃO DE UMA PLATAFORMA EDUCATIVA

CASSIANA GIL PRATES - HOSPITAL ERNESTO DORNELLES, LISIANE TEOBALDI SEVERO - HOSPITAL ERNESTO DORNELLES, MELISSA DE FREITAS LUZIA - HOSPITAL ERNESTO DORNELLES, CAROLINE BURATO SOUTO - SAFETY4ME, EDUARDO FRIEDRICH - SAFETY4ME, SALVADOR GULLO NETO - SAFETY4ME

**Introdução:** Os serviços de saúde têm desenvolvido programas para garantir a segurança do paciente com uma abordagem focada na prevenção de danos. Engajar o paciente no seu autocuidado e instruí-lo a ponto de que ele seja capaz de evitar a ocorrência de um evento adverso é preconizado por instituições que primam por um cuidado de excelência. **Objetivo:** Descrever a experiência com a utilização de uma plataforma de engajamento do paciente na sua segurança. **Descrição da execução:** Relato de experiência da implantação da SAFETY4ME® em um hospital do sul do Brasil, certificado nível 2 pela Organização Nacional de Acreditação (ONA). Trata-se de plataforma gratuita que disponibiliza conteúdo educativo através de linguagem lúdica sobre as metas de segurança do paciente, possibilita ao usuário avaliar a implantação das mesmas e ainda oferece um canal de comunicação entre ele e a instituição em tempo real, através de um dashboard. O método de avaliação é o “Net Promoter Score\_Segurança (NPSS)” onde os usuários que registram nota de 0 a 6 são considerados detratores (insatisfeitos), de 7 a 8 são passivos / neutros (nem satisfeitos nem insatisfeitos) e 9 a 10 são promotores (satisfeitos). O cálculo é realizado pela subtração do percentual de promotores e de detratores. O resultado pode variar de -100% a 100%, sendo considerado excelente entre 75% e 100% (zona de excelência), muito bom entre 50 e 74% (zona de qualidade), razoável entre 0% e 49% (zona de aperfeiçoamento) e ruim entre -100% e -1 (zona crítica). A implantação da plataforma foi definida como uma estratégia da Política Institucional de Segurança em 2019. Foi definido um método para apresentação da SAFETY4ME® aos pacientes internados há >24h nas unidades clínicas e cirúrgicas, que consistiu em visitas a beira leito, por um profissional do Serviço de Epidemiologia e Gerenciamento de Riscos (SEGER), para apresentação da ferramenta e estímulo a avaliação das metas na instituição. O monitoramento da adesão à plataforma e avaliação às metas é realizado periodicamente pelo SEGER e, para este relato, foi considerado o período de janeiro de 2020 a junho de 2022. Foram registradas 1.310 avaliações e 100 notificações enviadas pelos usuários. O NPSS geral foi 44% e na estratificação por meta, 55% para identificação correta, 34% para comunicação, 42% para medicamentos, 52% para cirurgia segura, 35% para higiene de mãos e 37% para prevenção de quedas. Das notificações, 17 foram classificadas como elogios, 28 críticas e 55 foram manifestações não relacionadas à segurança do paciente. **Análise crítica dos resultados:** Na avaliação geral dos pacientes, a instituição encontra-se na zona de aperfeiçoamento para as metas de segurança, reforçando a necessidade de incorporação e disseminação das práticas seguras. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** Pacientes engajados na sua assistência e detentores de conhecimentos específicos contribuem para a construção de uma cultura de segurança, promovendo um cuidado de alta confiabilidade.

**26349 - ERROS DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM E AS ESTRATÉGIAS PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE**

SABRINA DA COSTA MACHADO DUARTE - EEAN/ UFRJ, KAROL KAROLINNY SANTOS DA COSTA - EEAN/ UFRJ, TAINARA FERREIRA DA COSTA - EEAN/ UFRJ, JHENIFFER BATISTA ALVES GOMES - EEAN/ UFRJ, MARIA MANUELA VILA NOVA CARDOSO - EEAN/ UFRJ, PRISCILLA VALLADARES BROCA - EEAN/ UFRJ

**Objetivo:** identificar os fatores contribuintes e os erros de comunicação em enfermagem nas instituições hospitalares de acordo com a literatura científica; e descrever as estratégias de prevenção relacionadas aos erros de comunicação identificados. **Método:** Revisão integrativa de literatura com auxílio do guia redacional PRISMA. Foram utilizados os descritores barreiras de comunicação, enfermagem, segurança do paciente, erros médicos e comunicação. A busca foi realizada nas bases de dados MEDLINE, BDNF, LILACS e PUBMED, durante o período de dezembro de 2021 e janeiro de 2022, considerando-se critérios de elegibilidade pré-estabelecidos. Os artigos oriundos das buscas foram organizados por meio do gerenciador de referências bibliográficas EndNote Web®. **Resultados:** Foram identificadas 524 publicações científicas, sendo excluídas 73 por duplicidade e 430 por não contemplarem a temática. A amostra final foi composta por 21 artigos. Os artigos selecionados foram categorizados, emergindo duas categorias temáticas, sendo: (i) Fatores contribuintes e erros de comunicação em enfermagem nas instituições hospitalares, destacando-se registro inadequado de informações no prontuário, falta de objetividade na comunicação e dificuldades no relacionamento interpessoal; (ii) Estratégias de prevenção de erros de comunicação em enfermagem nas instituições hospitalares, como o uso das ferramentas SBAR e I-PASS, qualificação contínua dos profissionais, utilização de instrumentos de comunicação e notificação de erros padronizados, redução da sobrecarga de trabalho e orientação para reconhecimento dos episódios de erro. **Considerações finais:** A comunicação qualificada constitui um requisito básico aos profissionais de enfermagem, e a garantia de um ambiente adequado para a recuperação dos pacientes inclui a redução das barreiras de comunicação, continuamente identificadas no processo de trabalho da enfermagem. É fundamental a adoção de estratégias que viabilizem uma comunicação adequada entre a instituição, profissionais, pacientes e familiares.

**26115 - ESTRATÉGIA DE REDUÇÃO DE ERROS DE PRESCRIÇÃO EM HOSPITAL DA REDE PÚBLICA**

ISABELLA GOMES CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE - INSTITUTO ESTADUAL DE DIABETES E ENDOCRINOLOGIA LUIZ CAPRIGLIONE (IEDE), RAFAEL DA COSTA - INSTITUTO ESTADUAL DE DIABETES E ENDOCRINOLOGIA LUIZ CAPRIGLIONE (IEDE), MÁRCIA LUZIA TRINDADE MARQUES - INSTITUTO ESTADUAL DE DIABETES E ENDOCRINOLOGIA LUIZ CAPRIGLIONE (IEDE), LUIZ CLÁUDIO BABO PIRES - INSTITUTO ESTADUAL DE DIABETES E ENDOCRINOLOGIA LUIZ CAPRIGLIONE (IEDE)

**Introdução:** Uma prescrição bem executada é fundamental para a segurança do paciente, já que traz as informações essenciais para a dispensação e a administração dos fármacos necessários ao seu tratamento. Conforme a ANVISA, deve conter nome completo do paciente, do medicamento conforme a Denominação Comum Brasileira (DCB), unidades métricas adequadas, identificação do prescritor, data da prescrição e a duração do tratamento. Deve ser legível, ter o número do prontuário e a localização do paciente, a dose, a frequência, a via e a forma farmacêutica, entre outras informações pertinentes. **Objetivos:** Monitorar a qualidade das prescrições executadas no IEDE, seguindo os quesitos descritos acima; definir a densidade de erros de prescrição por 100 pacientes-dia e propor ações de melhoria. **Descrição da execução:** Os erros de prescrição do IEDE começaram a ser tabulados pela Farmácia em maio/21 e estratificados conforme os quesitos acima descritos. Os resultados vinham sendo discutidos nas reuniões NSP, com recomendações de orientação junto aos prescritores, sem que os resultados melhorassem, de fato. Foi iniciada uma estratégia multimodal a partir de fevereiro/22, envolvendo: orientações para prescrição segura divulgadas na semana de acolhimento dos novos médicos; educação permanente; digitalização das prescrições e recusa do recebimento de prescrições contendo erros pela Farmácia, obrigando a correção imediata pelos prescritores. Entre maio/21 a janeiro/22, a mediana de erros de prescrição foi de 134/100 pacientes-dia. Com a decisão pela estratégia multimodal, houve queda da densidade de erros para 60 em março e 37 em abril. Entretanto, em maio, houve um aumento para 56, pois farmacêuticos precisaram ser remanejados para outras atividades, prejudicando a parte da recusa na recepção da Farmácia e a imediata correção. **Análise crítica dos resultados:** Conseguimos alcançar uma redução de 67%. As dificuldades envolveram a sensibilização dos prescritores, de modo a evitar o retrabalho. O novo aumento no último mês demonstrou a necessidade de manter a estratégia aplicada uniformemente. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** Percebemos que, além das orientações e dos treinamentos, foram necessárias medidas de maior impacto, como o bloqueio das prescrições e a imediata correção. Esse retrabalho gera desconforto e maior atenção na execução das prescrições. Assim, ficou bastante evidente a necessidade do monitoramento contínuo e da estratégia uniforme, a fim de que os resultados prossigam em melhoria.

**26432 - ESTRATÉGIA EDUCATIVA SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE RELACIONADA À TERAPIA INFUSIONAL EM UNIDADE DE TRAUMATOLOGIA**

RENATA ROCHA DA COSTA - INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA, MARIA LÍVIA ALEXANDRE FACÓ BEZERRA - INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA, CLAYRE ANNE DE ARAÚJO AGUIAR - INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA, ADMAN CÂMARA SOARES LIMA - INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

A adesão às boas práticas no uso de dispositivos de acesso vascular contribui para a prevenção de incidentes relacionados à terapia intravenosa. A implementação de um pacote de cuidados considerados como intervenções simples e de baixo custo denominados bundles auxiliam na redução de eventos adversos. O trabalho teve como objetivo relatar a experiência da utilização de dinâmica de grupo para discussão da inserção e manutenção de cateteres venosos periféricos (CVP) e manutenção de cateteres centrais de inserção periférica (PICC). Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, desenvolvido em maio de 2022 em unidade de traumatologia de um hospital terciário de Fortaleza-CE. Utilizou-se como estratégia de treinamento da equipe de enfermagem os itens do checklist institucional estruturado sendo, para os dois tipos de cateteres, a higienização de mãos e uso de equipamentos de proteção individual, e, de forma específica, para o CVP, seleção do sítio de inserção, preparo da pele, técnica do no touch, estabilização, cobertura e identificação, verificação de refluxo, flushing e verificação diária da permanência; e, para o PICC, desinfecção de conectores, uso de flushing pulsátil periódico com seringas de 10 e 20 ml e manutenção de clamps fechados quando o lúmen não for utilizado. Os profissionais de enfermagem da unidade do estudo receberam cartões com os tópicos que compõe o checklist e estes, tiveram que inseri-los abaixo do tipo de cateter que deveria receber o cuidado nele descrito, seguindo a ordem de execução da tarefa. Durante a capacitação em serviço foi complementado aspectos teóricos e realizadas reflexões sobre a execução dos procedimentos, além da ênfase dada à necessidade de notificação de flebites e da perda de cateteres venosos, sejam de inserção central ou periférica. Nos relatos das equipes foram enfatizadas questões inerentes à falta de material, fatores relacionados aos pacientes e dificuldades de domínio da técnica correta. A experiência possibilitou como aprendizado que a utilização de dinâmicas contribui para estimular a troca de experiências de maneira mais fluida, o aprendizado colaborativo e a produção de reflexões relacionados à segurança do paciente em terapia infusional. É fundamental que sejam discutidas medidas preventivas para eventos adversos relacionados à terapia infusional contribuindo assim para um cuidado qualificado e seguro.

**26121 - ESTRATÉGIA PARA REDUÇÃO DOS ERROS DE MEDICAÇÃO: APLICAÇÃO DO MEDICATION TIME OUT**

FLAVIA GIRON CAMERINI - UERJ, ADRIANA RAINERI RADIGHIERI - UERJ, LAÍS LIMA SANTOS - UERJ, CINTIA SILVA FASSARELLA - UERJ, THAYS GEOVANA PACHECO DA SILVA - UERJ, DANIELLE DE MENDONÇA HENRIQUE – UERJ

**Introdução:** Os erros de medicação são uma das importantes causas de eventos adversos no ambiente hospitalar que podem ocasionar consequências indesejadas como aumento do tempo de internação, dos custos hospitalares além de complicações clínicas ao paciente. A estratégia “medication time-out consiste na verificação e conferência da prescrição no momento do round multiprofissional. **Objetivo:** Analisar a implementação da estratégia “medication time out” para mitigar erros com medicamentos. **Metodologia:** Estudo quantitativo, transversal, inferencial, com observação direta da realização da estratégia “medication time out”, realizado em uma unidade cardiointensiva de um hospital universitário do Rio de Janeiro entre março e agosto de 2019. A estratégia “medication time out” foi introduzida ao fim da discussão de casos clínicos, após avaliação diária dos pacientes em que os dados da prescrição foram lidos em voz alta para que todos os membros da equipe multiprofissional pudessem agir nos possíveis erros na prescrição. A amostra foi composta pelas prescrições medicamentosas aos pacientes internados na unidade. **Resultados:** Foram observadas 234 prescrições, com 2.799 medicamentos em pacientes com média de idade de 66,53 anos com tempo médio de internação de 17,05 dias. Das prescrições avaliadas, 143 (61%) sofreram pelo menos uma modificação com a utilização da estratégia. Nas prescrições alteradas, 290 (10%) medicamentos passaram por algum tipo de alteração, sendo 104 (35,9%) relacionadas a medicamentos potencialmente perigosos. As alterações mais comuns foram exclusão de medicamentos, com 120 (41,4%), e inclusão de medicamentos, com 101 (34,8%) ocorrências. Os grupos de medicamentosas mais alteradas com a implementação deste estudo foram os antibióticos (13,79%) e os diuréticos (12,76%). Durante a realização da estratégia, prescrições com polifarmácia mostraram 1,8 vez maior probabilidade de ocorrência de erro, demonstrando a importância da estratégia para polifarmácia. **Conclusões:** A implantação da estratégia “medication time out” contribuiu para a mitigação de erros de medicação, promovendo melhorias na qualidade da assistência à saúde prestada, utilizando poucos recursos humanos e materiais.

**26233 - ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NO DESENVOLVIMENTO DE PRÁTICAS SEGURAS NO PROCESSO DE IMUNIZAÇÃO**

KARINA DOMINGUES DE FREITAS - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO/PÓS GRADUANDA EERP USP, LAUREN SUEMI KAWATA - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO, MARIA DE FÁTIMA PAIVA BRITO - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO, LILIAN CARLA DE ALMEIDA - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO, LARISSA GERIN - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO, MAYRA FERNANDA DE OLIVEIRA - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO

**Introdução:** A vacinação consiste em uma estratégia que apresenta impacto na saúde, evitando mortes, contribuindo para maior expectativa de vida, além de envolver investimento em custo e efetividade. A pandemia de COVID-19 evidenciou a importância da vacinação e a necessidade de boas práticas neste processo. **Objetivo:** Descrever experiência para promover, implementar e reforçar práticas seguras no processo de imunização nas unidades da Secretaria de Municipal de Saúde de Ribeirão Preto (SMS-RP). **Descrição da execução:** A Divisão de Enfermagem (DEnf), a Vigilância Epidemiológica e o Programa de Imunização, em parceria com as Universidades, buscaram desenvolver ações para disseminar as práticas seguras em imunização. Nesta parceria foram elaboradas Orientações para Campanha de Vacina Contra COVID-19 e um vídeo animado sobre Segurança na aplicação de vacina, os quais foram divulgados para as Unidades. Também foi desenvolvido um Procedimento Operacional Padrão - POP para administração de vacina contra COVID-19 e a partir desse, a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto e a Vigilância Epidemiológica desenvolveram um vídeo educativo para aplicação de vacina contra COVID-19. A DEnf convidou as Instituições de Ensino (IEs) com curso na área de enfermagem para participar de capacitação (online e síncrona) e auxiliar na replicação das práticas seguras em imunização nas unidades em que realizam os estágios. O conteúdo da capacitação abrangeu a segurança do paciente, a técnica de administração de vacina e a atuação do Programa de Imunização municipal no contexto da pandemia. A capacitação foi inserida na Plataforma Moodle da SMS, visando possibilitar acesso aos que não conseguiram participar de momento síncrono. **Análise crítica dos resultados:** As parcerias estabelecidas possibilitaram difusão de práticas seguras no processo de imunização, além de padronização da técnica. As IEs desenvolveram atividades de educação permanente em saúde com as equipes "in loco". Adicionalmente também abordaram a temática segurança do paciente na imunização em sala de espera e produziram materiais como cartazes, contribuindo para disseminação de conhecimento e participação responsável dos pacientes na vacinação. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** As ações desenvolvidas, em parceria com as IEs, contribuíram para atualização dos trabalhadores, docentes e estudantes envolvidos no processo de imunização no contexto da campanha para controle da pandemia e na rotina em salas de vacina.



## 26164 - ESTRUTURAÇÃO DE UM PROGRAMA PARA GERENCIAMENTO DE PACIENTES EM RISCO DE SUICÍDIO E/OU AUTOMUTILAÇÃO

LAÍS CRISTINA JUNQUEIRA E ANDRADE - HOSPITAL CÁRDIO PULMONAR, JANAINA REGIS LEMOS BARBOSA - HOSPITAL CÁRDIO PULMONAR, BÁRBARA TAISA ASSIS SOARES DE CASTRO - HOSPITAL CÁRDIO PULMONAR, JULIANA SUSIN CASTRO - HOSPITAL CÁRDIO PULMONAR, KARINA PINHEIRO - HOSPITAL CÁRDIO PULMONAR, HELEN DE ARAÚJO ALVES - HOSPITAL CÁRDIO PULMONAR

**Introdução:** O suicídio pode ser conceitualizado um ato deliberado executado pelo próprio indivíduo, cuja intenção seja a morte, de forma consciente e intencional. Trata-se de um evento complexo resultante de uma interação de fatores biológicos, genéticos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais. Considerado um problema de saúde pública, com alta incidência na população geral, tem sido um dos principais motivos de reportes de eventos sentinelas dos hospitais acreditados pela Joint Commission. Neste cenário é preconizado que todos os esforços sejam traçados para controlar os riscos inerentes a este processo. **Objetivo:** Descrever estruturação do programa multidisciplinar de gerenciamento de pacientes em risco de suicídio e/ou automutilação no Hospital Cárdio Pulmonar. **Descrição da execução:** Após a vivência de uma tentativa de suicídio em 2020, foi estruturado um comitê multiprofissional para análise e discussão de estratégias na prevenção de novos episódios. A ferramenta utilizada foi o HAZOP (Hazard and Operability), com identificação de riscos, análise das variáveis, desvios, causas e consequências. Após profundo estudo acerca do tema, foi traçado um plano de ação, realizados testes e implementadas mudanças sistêmicas, sendo as principais: estruturação da política direcionada para pacientes em risco de suicídio e/ou automutilação; implantação da avaliação de risco na emergência para 100% dos pacientes através da escala PPS (Palliative Performance Scale); avaliação e reavaliação do risco para pacientes internados através da escala Sad Person; alterações estruturais no ambiente tornando-o mais seguro; acionamento com alerta automatizado; envolvimento do familiar no cuidado através da orientação psicológica e entrega de card. No período de novembro/21 a maio/2022, foram identificados n. 30 pacientes com risco de suicídio ou automutilação, deste 56% classificados de alto risco, 24% com risco moderado e 20% com baixo risco, as principais psicopatologias de base estão relacionadas a 53% transtorno de personalidade Borderline, 13% transtorno afetivo bipolar, 13% transtorno depressivo ansioso. **Análise crítica dos resultados:** A estruturação deste programa possibilitou aprofundar e disseminar o conhecimento técnico acerca da temática, ampliar a percepção de risco frente a situações de vulnerabilidade e capacitar os profissionais para o crescente número de atendimentos.

## 26032 - EVENTOS ADVERSOS PÓS BIÓPSIA TRANSRETAL DA PRÓSTATA EM UM AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES

ADRIELLE GISLAINE SANTOS NHONCANSE - AME BOURROUL, ALINE GALDINO - AME BOURROUL, JAIRO DE MELO PEIGO - AME BOURROUL, RICHARD RODRIGUES NUNES - AME BOURROUL, WALTER SCHILIS - AME BOURROUL, MARIA CLAUDIA STOCKLER DE ALMEIDA - AME BOURROUL

**Introdução:** A questão da segurança do paciente em instituições de saúde tem sido pauta de muitas discussões na atualidade, tendo em vista à complexidade das atividades desenvolvidas nessa área, os procedimentos invasivos e o risco elevado para ocorrência de eventos adversos (EAs) com o paciente. A biópsia transretal de próstata (BTRP) é um exame de extrema importância para detectar precocemente câncer de próstata, que pode ser realizado em regime ambulatorial e os principais EAs descritos na literatura são hematúria, hematospermia, sintomas do trato urinário inferior transitórios, infecção e urosepse.<sup>(1)</sup> **Objetivo:** Descrever um relato de experiência do monitoramento de incidência de EAs pós BTRP em um ambulatório médico de especialidades (AME). **Descrição da execução:** Trata-se de um estudo descritivo que ocorreu no período de jan/2020 a dez/2021, em um AME na região central de São Paulo que realiza em média 200 BTRP por ano. Foi realizada a metodologia busca ativa por meio de contato telefônico 7 dias após BTRP para detectar EAs. **Análise crítica dos resultados:** No período, foram realizadas 406 BTRP. Ciprofloxacina foi utilizado como antibioticoprofilaxia. 353 (87%) pacientes responderam ao contato telefônico, desses 47 (13,3%) relataram EAs (hematúria e/ou hematospermia 7 casos; algúria 35 casos; T> 38° 32), 26 (6,4%) tiveram diagnóstico de infecção do trato urinário (ITU) e receberam antimicrobianos (20 em regime ambulatorial, 5 em regime hospitalar e 1 em regime de Hospital Dia). Todos apresentaram remissão completa dos sintomas. Os achados mostram taxa de ITU pós BTRP com uso de ciprofoxaxina como profilaxia de 6,4% e taxa de internação hospitalar de 1,4%. Dados da literatura reportam taxa de internação pós BTRP por sepse de 1% a 3% (1). **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** Este trabalho mostra a eficácia da antibioticoprofilaxia instituída pelo serviço, porém é necessário manter vigilância pós BTRP para assegurar continuidade desta eficácia no esquema de antibioticoprofilaxia proposto, pois entende-se que monitorar os EAs pós a realização de procedimentos invasivos traz maior qualidade e segurança nos processos, ao garantir que houve um bom desfecho para o paciente.

Referência:

1. Bruyere, F. et al.: Probiotata: a multicenter, prospective analysis of infectious complications after prostate biopsy. J Urol, 193: 145, 2015.

**26380 - EXPERIÊNCIA SOBRE O USO DE JOGOS NA DIDÁTICA EM SAÚDE**

BÁRBARA JANINE CARDOSO RIBEIRO - FACULDADE PITÁGORAS UNIDADE TIMBIRAS, CÁSSIA REGINA LIMA - FACULDADE PITÁGORAS UNIDADE TIMBIRAS, JANAÍNA DE MORAES FERNANDES - FACULDADE PITÁGORAS UNIDADE TIMBIRAS

Este artigo apresenta o relato de uma experiência da aplicação de jogos e simulação realística na educação em saúde. Estudos revelam que a qualidade na assistência está diretamente ligada aos índices de Segurança do Paciente. O Institute of Medicine considera a Segurança do Paciente “indistinguível da prestação de cuidados de saúde de qualidade”. Portanto, é indiscutível a importância da abordagem desse tema dentro das instituições acadêmicas na formação dos futuros profissionais da saúde. Com o objetivo de promover aprendizado de forma perene, trazendo aos futuros enfermeiros gestão do tempo, comunicação efetiva, trabalho em equipe e segurança do paciente, foi proposto aos alunos da disciplina de Fundamentos Técnicos de Enfermagem, o desafio de formular jogos e simulação realística. Para construção do trabalho foi utilizado como referência o filme *Escape Room*, que foi lançado no ano de 2019, no qual um grupo de jovens precisa passar por 5 jogos que exige habilidade e agilidade para resolver enigmas. Inspirados neste filme, os alunos foram convidados a desenvolver seus próprios jogos, sendo necessário fundamentar as informações, embasando-as em diretrizes dadas pela Organização Mundial de Saúde e Anvisa. Os alunos tiveram a oportunidade de criar, montar e elaborar um cenário para cada etapa, proporcionando ao aluno um aprendizado diferenciado. No início de cada jogo foi passado uma mensagem introdutória com o relato de um caso verídico de acidentes causados por negligência na conduta de identificação dos pacientes. Os alunos participantes dos jogos tiveram o prazo cronometrado de 3 minutos para solucionar cada enigma proposto. Nos dois primeiros jogos, percebe-se uma dificuldade em concluí-los dentro do prazo estipulado. Ao concluir todos os 5 jogos, os alunos receberam um feedback para cada jogo. Ao final foi desenvolvido um relatório de desempenho dos alunos participantes o qual viabilizou o resultado do trabalho. Os alunos relatam que essa foi uma experiência marcante, intensa e motivadora, concretizando o conhecimento sobre a Segurança do Paciente e tornando-o perpetuamente lembrado. Através dos resultados alcançados notou-se que, a abordagem criativa e realística sobre o tema Segurança do Paciente, possibilita que os alunos tenham um aprendizado mais sólido e proporciona preparo necessário para evitar intercorrências como futuros profissionais da Saúde.

**26258 - FARMÁCIA CLÍNICA EM NEFROLOGIA: USO SEGURO DE SELO DE ANTIMICROBIANOS EM UNIDADE DE HEMODIÁLISE**

JACQUELINE KOHUT MARTINBIANCHO - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, TATIANA VON DIEMEN - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, DOUGLAS NUERNBERG DE MATOS - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

**Introdução:** A terapia de selo de antimicrobiano (ATB) (antibiotic lock therapy) é uma terapia adjuvante usada no tratamento das infecções de corrente sanguínea relacionadas a cateteres venosos centrais (CVC) para hemodiálise (HD) e consiste no uso de altas concentrações de ATB para o fechamento dos lúmens entre sessões de HD. No entanto, o processo de prescrição e preparo destas soluções não era padronizado, resultando em diferentes condutas com possibilidade de prejuízo na segurança do paciente e desperdício de recursos. **Objetivos:** Padronizar a prescrição e capacitar as equipes médica e de enfermagem para o preparo seguro das soluções de selo ATB na Unidade de HD de um hospital de grande porte. **Descrição da execução:** Em resposta às crescentes demandas, o farmacêutico clínico (FC) da nefrologia e o Centro de Informações sobre Medicamentos, em conjunto com o Programa de Acesso Vascular, revisaram a literatura relativa ao uso de selo de ATB e as práticas vigentes. Foi elaborada uma estratégia de implantação de rotina padronizada junto às equipes da Unidade HD. O FC elaborou e executou treinamento das equipes médica e de enfermagem sobre prescrição e preparo seguro das soluções. Foi elaborado e divulgado material impresso para a adequação da prescrição e do preparo das soluções. **Análise crítica dos resultados:** Após a capacitação a equipe médica passou a prescrever com homogeneidade e clareza, agregando segurança ao processo de administração. O preparo das soluções também foi padronizado e facilitado com a elaboração de método de diluição que usa regra de proporcionalidade para atingir as concentrações desejáveis de ATBs e anticoagulante, levando em conta as apresentações dos medicamentos e dos diluentes padronizados na instituição. Com a capacitação da equipe de enfermagem para o preparo adequado das soluções, foi possível evitar desperdícios de ATBs administrando a sobra do frasco usado para preparo do selo para fazer a infusão sistêmica. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** O envolvimento do FC em nefrologia diretamente com as equipes e conhecendo os processos possibilitou a melhoria. Esta experiência está em uso na unidade de HD e poderá ser implantada nas demais áreas da instituição.

## 26333 - GERENCIAMENTO DE SEDAÇÃO E ANALGESIA MULTIPROFISSIONAL DURANTE O PERÍODO DE PANDEMIA, MONITORAMENTO DE INCIDENTES

SUELLEN BEATRIZ ALVARENGA DE SOUSA - HOSPITAL REGIONAL DO BAIXO AMAZONAS DO PARÁ DR WALDEMAR PENNA, EPIFÂNIO JOSÉ PEREIRA FILHO - HOSPITAL REGIONAL DO BAIXO AMAZONAS DO PARÁ DR WALDEMAR PENNA, THAILA SILVA RODRIGUES - HOSPITAL REGIONAL DO BAIXO AMAZONAS DO PARÁ DR WALDEMAR PENNA, KALYSTA DE OLIVEIRA RESENDE BORGES - HOSPITAL REGIONAL DO BAIXO AMAZONAS DO PARÁ DR WALDEMAR PENNA, CLEOSTENES FARIAS DO VALE JÚNIOR - HOSPITAL REGIONAL DO BAIXO AMAZONAS DO PARÁ DR WALDEMAR PENNA, JULIANA PETRY - HOSPITAL REGIONAL DO BAIXO AMAZONAS DO PARÁ DR WALDEMAR PENNA

**Introdução:** A pandemia covid 19 forçou dos profissionais de saúde uma racionalização e modificações estratégicas nos serviços. A escassez e o risco de desabastecimento se tornaram foco para a criação de intervenções que garantissem a sustentabilidade dos hospitais. As manchetes reforçavam a falta dos medicamentos de manutenção de pacientes intubados, assim como movimentações das sociedades médicas em recomendar como utilizar os medicamentos.

**Objetivos:** Avaliar através dos incidentes registrados a efetividade das ações durante a pandemia para mitigar o risco de desabastecimento de medicamentos sedoanalgesicos e de bloqueadores neuromusculares (BNM). **Descrição da execução:** A farmácia clínica junto ao corpo clínico e diretoria técnica recomendaram alternativas farmacológicas à sedoanalgesia preconizada no serviço, com respectivas faixas terapêuticas, indicação e suspensão. Iniciou-se um monitoramento dos medicamentos de sedoanalgesia e BNM em todos os setores. Incorporou-se a anestesia multimodal na UTI. O farmacêutico clínico fazia visitas diárias a beira leito verificando o peso do paciente, velocidade de infusão, resposta dos pacientes às drogas junto à equipe multiprofissional, calculando as doses administradas e sugerindo alterações conforme disponibilidade de estoque. Além disso, houve monitoramento das intervenções na relação número de pacientes intubados com consumo dos medicamentos monitorados, e informe ao setor de suprimentos de possíveis oscilações de consumo para priorização de itens a comprar. Realizado levantamento de incidentes de segurança por desabastecimento. **Análise crítica dos resultados:** Não houve nenhum incidente de segurança registrado por desabastecimento de medicamentos durante a pandemia, o que ratificou a efetividade nas ações estabelecidas. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** A estreita relação mantida entre assistência clínica, logística e alta direção permitiu que o repasse de informações imprescindíveis fosse realizado em tempo hábil, contribuindo para conduta em cada seguimento, o que em conjunto permitiu garantir a administração de medicamentos de maneira racional e sustentável, garantindo a segurança dos pacientes.

**26461 - GINCANA DA SEGURANÇA DO PACIENTE: PROMOVENDO UM CUIDADO SEGURO**

KASSYLLA FERREIRA DOS SANTOS - HOSPITAL ESTADUAL DR ALBERTO RASSI, ALINE CRISTINA MAGALHÃES RODRIGUES - HOSPITAL ESTADUAL DR ALBERTO RASSI, EDUARDA DE MOURA OLIVEIRA - HOSPITAL ESTADUAL DR ALBERTO RASSI, SUMAYA GOMES DOS SANTOS - HOSPITAL ESTADUAL DR ALBERTO RASSI, LARA CRISTINA DA CUNHA GUIMARÃES - HOSPITAL ESTADUAL DR ALBERTO RASSI

**Introdução:** As ações de cuidados desenvolvidas nos serviços de assistência à saúde demandam processos que promovam a segurança do paciente, reduzindo os riscos de danos e prejuízos evitáveis ao paciente (Pedreira, 2009). A promoção da segurança do paciente deve estar inserida nos processos da instituição, possibilitando o alcance de resultados que impactam na qualidade do cuidado. **Objetivos:** Integrar as equipes assistenciais e administrativa, capacitar colaboradores e lideranças, promover o engajamento dos profissionais no alcance das metas de segurança do paciente, aumentar o número de notificações de eventos adversos e promover a adesão a pesquisa de cultura de segurança do paciente. **Descrição da execução:** A gincana aconteceu em 3 etapas realizadas no mês de abril de 2022. Os profissionais da instituição foram divididos em seis grupos, conforme as metas internacionais de segurança do paciente. A primeira etapa deu-se pela realização da pesquisa de cultura da segurança do paciente com a aplicação do questionário criado pela Agency for Healthcare Research and Quality. A segunda atividade foi um game show da segurança do paciente, inspirado no programa televisivo “Show do Milhão”, em que as perguntas e respostas relacionavam-se às metas internacionais da segurança do paciente. A pontuação das etapas da gincana foi cumulativa somando-se ao concurso de paródias musicais. O grupo vencedor foi o representante da meta prevenção de quedas. **Análise crítica dos resultados:** O apoio, incentivo e respaldo da alta liderança influenciaram no desempenho e performance dos grupos. As equipes mostraram-se engajadas e a troca de vivências fortaleceram o conhecimento sobre as estratégias de segurança do paciente. A baixa adesão à pesquisa de cultura de clima de segurança do paciente foi superada mediante apoio das lideranças. O aumento no número de notificações não foi alcançado. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** Uma cultura de segurança do paciente, em que profissionais e serviços compartilhem práticas, valores, atitudes e comportamentos de redução do dano e promoção do cuidado seguro só é possível quando há um trabalho integrado entre os diversos setores com apoio e envolvimento da alta liderança.

Descritores: Segurança do Paciente; Liderança; Práticas Interdisciplinares.

Existência de financiamentos: não há.

**26363 - GRUPO DE GESTORES DE RISCO EM SAÚDE: PADRONIZAÇÃO DE PRÁTICAS ENTRE HOSPITAIS DE MUNICÍPIO CATARINENSE**

LETICIA MARA PISSETTA - INSTITUIÇÃO HOSPITAL SANTA ISABEL, KARINA PASCHOAL PARIS - HOSPITAL SANTA CATARINA DE BLUMENAU, ALINE ALESSANDRA WECKER - UNIMED BLUMENAU, JULIANE FIAMONCINI DA VEIGA - HOSPITAL SANTO ANTÔNIO, MAURA MILANO CUCCO - UNIMED BLUMENAU

**Introdução:** A gestão de riscos em saúde objetiva estabelecer práticas preventivas e de controle que garantam uma assistência de qualidade e segura aos pacientes. A partir da identificação e análise de riscos, é necessária a implantação de processos e procedimentos bem definidos. **Objetivos:** Realizar padronização da identificação de riscos assistenciais e práticas seguras nos hospitais de município Catarinense. **Descrição da execução:** Em 14 de maio de 2019, foi implantado grupo dos gestores de risco dos hospitais do município e estabelecido cronograma de reuniões bimestrais para discussão de boas práticas e padronização de processos entre os hospitais, pois grande parte dos colaboradores e médicos possuem mais de um vínculo empregatício nas instituições de saúde que compõem o grupo. Uma das oportunidades de melhoria identificada, refere-se a diferença na forma de padronização nas cores de riscos assistenciais (queda, lesão por pressão, alergia, recusa de transfusão, restrição para procedimento), que representava um fator contribuinte para falhas na assistência. **Análise crítica dos resultados:** Em agosto de 2019, foi realizado levantamento das cores utilizadas para a identificação dos riscos assistenciais. Na ocasião foi identificado os hospitais que utilizavam cores iguais ou não. A proposta foi a adequar os hospitais que eram minoria na cor escolhida para os riscos. Após validação das diretorias foi realizada a padronização, sendo que todos tiveram que adaptar pelo menos uma cor para se adequar aos demais. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** As reuniões dos gestores de riscos ocorrem bimestralmente desde então. Práticas relacionadas as metas internacionais de segurança já foram padronizadas e ainda se vislumbra muitos temas a serem trabalhados para melhoria da segurança ao paciente. A integração da gestão de risco dos hospitais não somente garante a segurança ao paciente, mas permite às equipes assistenciais e médicas desenvolverem suas atividades com segurança e clareza.

**25986 - GRUPO DE TRABALHO: UMA TECNOLOGIA PARA QUALIDADE DOS SERVIÇOS EM SAÚDE**

DANILO VAZ MARQUES - UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL, GUILHERME VAZ MARQUES - CENTRO UNIVERSITÁRIO DA GRANDE DOURADOS

**Introdução:** A saber, as tecnologias em saúde são de fundamental importância para garantir a gestão de risco e segurança dos pacientes. Nesse contexto, pode estar relacionado como tecnologia, protocolos, normas, rotinas gerenciais e organizacionais que otimizem e garantam uma assistência adequada e de qualidade aos pacientes dentro dos serviços de saúde. Destarte, atualmente, os Grupos de Trabalho, tem promovido a reorganização dos processos de trabalho e mudança de cultura dentro da Unidade de Cuidados Intensivos e Semi-Intensivos (UCISIN) HUMAP-UFMS, possibilitando melhorias assistenciais e gerenciais. Desse modo, devido ao fluxo intenso de diferentes profissionais dentro da unidade, tornou-se de grande relevância a criação de um Grupo de Trabalho, cuja finalidade fosse a centralização de ações no que tange os materiais reprocessáveis encaminhados e distribuídos pela Central de Material Estéril - CME e acondicionados dentro da UCISIN. Todavia, sabe-se que no Plano de Segurança do Paciente é necessário criar estratégias e ações de gerenciamento de risco, desse modo, o gerenciamento de materiais estéreis dentro da UCISIN, vai ao encontro do que é preconizado pela RDC nº 36 (2013), ao fomentar a segurança no uso de materiais e equipamentos através de ações de previsão, provisão, controle, distribuição, armazenamento, reposição e uso sustentável. Assim, o planejamento e o controle do fluxo de materiais de forma eficiente, com o intuito de assegurar disponibilidade de materiais no momento e local adequado são fundamentais para garantir uma assistência segura. **Objetivo:** Implementar ações estratégicas de gerenciamento de materiais reprocessáveis, interligando UCISIN e CME, por meio de Grupo de Trabalho, visando o desenvolvimento de boas práticas na previsão e provisão desses materiais. **Descrição da execução:** Inicialmente, foi observado que não havia um controle efetivo no fluxo de materiais reprocessados dentro da UCISIN. Existia um estoque muito grande de materiais desnecessários, que não eram usados, materiais incompletos e falta de materiais essenciais, como máscara não reinalante, máscara de Venturi, macronebulizadores de ar comprimido e oxigênio e umidificadores. Observou-se também que esses materiais eram acondicionados de maneira inadequada, sem qualquer separação, o que dificultava a localização para posterior uso, sem qualquer controle que garantisse um estoque mínimo de materiais básicos dentro da UTI. Não raro, era necessário solicitar empréstimos de materiais a outros setores para admissão de pacientes. Após, essa análise, foi proposto a criação de um Grupo de Trabalho, onde os integrantes foram o Enfermeiro Responsável Técnico da CME, o apoio operacional e Enfermeiro da UCISIN, coordenador do grupo. O projeto foi elaborado via SEI e autorizado pela gestão da UCISIN e pela Gerência de Assistência a Saúde e posteriormente publicado em portaria. O período de realização do grupo foi definido por um ano, de fevereiro de 2022 a 2023. As primeiras ações do grupo foram intensas e voltadas a separação dos materiais e redefinição do estoque de materiais reprocessáveis dentro da UTI. Em trinta dias, após segregação dos materiais, esses foram alocados em armários específicos, identificados e separados por categorias de uso, visando a ambiência e a fácil localização. Além disso, os materiais incompletos, foram repostos, reprocessados e retornaram ao fluxo de uso dentro da unidade. Também foi adotado um check-list diário, que visa manter um estoque de segurança, por meio de reposição. Como estratégia de melhoria dos processos de trabalho, foi pactuado que os materiais relacionados a ventilação não invasiva seriam de responsabilidade da equipe de fisioterapia. Para mudança de cultura e sedimentação das ações, optou-se pelo treinamento em serviço, haja vista possibilitar uma reflexão crítica sobre modelos de trabalho e fomentar atitudes proativas dentro da equipe. O conteúdo abordando contemplou o fluxo adequado de materiais sujos para esterilização, a padronização dos itens que devem ser esterilizados, preenchimento do bloco controle, conferência de material estéril após



reprocessamento, acondicionamento dentro da UTI e notificação via software hospitalar de qualquer evento adverso que ocorra com esses materiais (quebra, perda, extravio, reposição).

**Análise crítica dos resultados:** De fato, o Grupo de Trabalho, é uma grande ferramenta para modificar processos de trabalho, ao fomentar o engajamento de profissionais em determinado nó crítico dentro do ambiente laboral. Logo, a dinâmica de uso dos materiais reprocessáveis dentro da UCISIN melhorou significativamente, com estabelecimento de fluxos bem delineados, controle de estoque e validade, reposição de peças, compartilhamento de funções, uso sustentável e sobretudo a ambiência, com menor poluição visual. Porém, para que as ações possam ter continuidade é necessário um funcionário de apoio operacional em todos os horários, pois esse profissional qualificado, fica responsável por toda a rotina pré-estabelecida e assegura a qualidade do processo de trabalho, relacionada aos materiais estéreis e organização do setor. Anteriormente, a manipulação dos materiais era realizada conforme escala de atribuição da equipe de enfermagem, esse fato inviabiliza a manutenção de rotinas uniformes. Destaca-se que atualmente, somente o plantão noturno 1, conta com esse apoio.

**Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** O enfermeiro, deve ter um olhar diferenciado e atento aos gargalos assistenciais e gerenciais que possam prejudicar a qualidade do cuidado e a segurança do paciente. Por isso, deve lançar mão de estratégias e metodologias que modifiquem a prática e possibilite melhorias nos processos de trabalho. Todavia, não basta apenas fomentar a criação de um grupo, é necessária uma reavaliação contínua do processo, intervindo periodicamente em nós críticos que prejudiquem a organização dos serviços. Desse modo, o grupo de trabalho, foi uma tecnologia em saúde de grande valia, ao possibilitar a reestruturação e a pactuação de normas e rotinas relacionadas aos materiais reprocessáveis que impactam diretamente na qualidade do cuidado e conseqüentemente na segurança do paciente.

## 26423 - HANDOVER DE ENFERMAGEM COM PARTICIPAÇÃO DO PACIENTE: UMA TECNOLOGIA PARA A SEGURANÇA DA COMUNICAÇÃO

GRAZIELLE REZENDE DA SILVA DOS SANTOS - UFRJ, RAFAEL CELESTINO DA SILVA – UFRJ

**Introdução:** As falhas de comunicação durante o handover geram situações com grande potencial de produzir eventos adversos na assistência prestada. Por outro lado, o envolvimento do paciente vem sendo apresentado como uma ferramenta que pode diminuir tais falhas na comunicação. Todavia, há dificuldades entre profissionais e pacientes em entender a importância de tal participação na segurança da comunicação. Diante disso, propõe-se a elaboração de uma tecnologia que promova a participação do paciente no handover de enfermagem e melhore a qualidade das informações compartilhadas durante esse momento. **Objetivos:** Analisar as percepções dos pacientes e profissionais sobre o handover de enfermagem com a participação do paciente; Elaborar uma proposta de modelo de handover de enfermagem com a participação do paciente; e Testar com os profissionais tal modelo, a partir do uso da simulação realística. Pesquisa de natureza aplicada, abordagem qualitativa, realizada na unidade coronariana de um hospital universitário no Rio de Janeiro com o parecer do comitê de ética 5.203.363. A pesquisa encontra-se na primeira etapa, de realização de entrevista semiestruturada com 30 pacientes hospitalizados e 40 profissionais de enfermagem da equipe do setor escolhido. Na segunda etapa, os dados analisados dessa primeira fase subsidiarão a construção da proposta de tecnologia e a sua posterior testagem. O recorte dos dados preliminares foi analisado com a técnica de análise de conteúdo temática. **Resultados preliminares:** As entrevistas realizadas com os profissionais mostram que os mesmos estão dispostos à mudança, no entanto, ainda apresentam algumas preocupações como a possibilidade do aumento do tempo de duração do handover e a mudança de linguagem para alcançar o entendimento dos pacientes. Já os pacientes, em geral, mostraram desconhecimento sobre o handover mas, em sua maioria, estão interessados em saber mais informações sobre seu estado de saúde e a possibilidade de interagir com a equipe de enfermagem. **Conclusão:** promover a participação do paciente no handover de enfermagem pode ser uma barreira aos erros de comunicação e melhorar a segurança do cuidado prestado.

## 26321 - HUDDLE MULTIPROFISSIONAL E SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: EXPERIÊNCIA EXITOSA

CYNTHIA SALMAGI COUTINHO - UNIFESP, RAYANE VIEIRA FONSECA ALMEIDA - UNIFESP, JULIANA ALVES AGUIAR DA SILVA COSTA - UNIFESP, SANDRA GOMES DE BARROS - UNIFESP, GISELE MUSSATO DA SILVA - UNIFESP, PAULA MONTEIRO BARRIENTOS – UNIFESP

**Introdução:** Os Huddles diários de segurança são utilizados em indústrias como aviação e energia nuclear, organizações de alta complexidade com baixas taxas de acidentes. No ambiente hospitalar, os huddles podem ser uma estratégia para melhorar a segurança do paciente e comunicação da equipe. **Objetivos:** Relatar a experiência da equipe multiprofissional da Unidade de Terapia Intensiva do Departamento de Medicina do Hospital São Paulo (Unifesp) com a implementação de um Huddle multiprofissional para melhorar a segurança do paciente. **Descrição da execução:** A UTI DMED é uma unidade com 20 leitos criada em abril de 2022 no Hospital São Paulo. Cerca de 40 profissionais de saúde atuam neste setor. Em maio de 2022, a equipe decidiu utilizar a ferramenta “Huddle multiprofissional” como estratégia para comunicação efetiva entre os profissionais. Foi escolhido um modelo cedido pela UTI do Hospital Universitário Onofre Lopes, adaptado para o nosso cenário. O Huddle ocorre no início do plantão vespertino. A duração máxima pactuada pela equipe é 15 a 20 minutos. Os participantes são enfermeiros, fisioterapeutas, médica diarista e médica coordenadora do setor. As informações contempladas são: número de leitos vagos, número de leitos bloqueados, altas e internações previstas, pacientes mais graves, exames e procedimentos programados, pacientes em diálise, problemas na unidade e no hospital, adesão ao adorno zero. O checklist é conduzido pela médica diarista e os profissionais participam respondendo os itens de maneira dialogada. Ao término, há espaço para demandas específicas de cada especialidade. No encontro seguinte, há feedback dos problemas levantados no dia anterior. **Análise crítica dos resultados:** A equipe está motivada com a iniciativa e acredita que a experiência está sendo exitosa. Os depoimentos da equipe são que o Huddle é uma ferramenta que facilita a consciência situacional, permite alinhamento de metas entre as equipes, permite uma visão macro sistêmica da unidade, alinha a compreensão da evolução dos pacientes e dos problemas mais relevantes do setor. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** Na avaliação da equipe, é uma estratégia construtiva que contribui para melhoria da qualidade da assistência e segurança do paciente. O próximo desafio é expandir a estratégia para os plantões matutino e noturno.

**26110 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE E A ADESÃO À CONFERÊNCIA DA IDENTIFICAÇÃO**

SUANNY DA MATTA - HOSPITAL ESTADUAL CARLOS CHAGAS

**Introdução:** A pesquisa foi realizada para a avaliação da adesão à confirmação da identificação do paciente através da conferência da pulseira de identificação, observando a equipe multiprofissional nos cinco momentos preconizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Após a implantação dos dois indicadores de identificação preconizados pela instituição (nome completo e data de nascimento), foi observada a importância de mensurar a confirmação da identificação do paciente, realizando a conferência da pulseira. A OMS preconiza que a confirmação da identificação do paciente seja realizada antes de qualquer cuidado que inclui: a administração de medicamentos; a administração do sangue e de hemoderivados; a coleta de material para exame; a entrega da dieta e a realização de procedimentos invasivos. A motivação para a realização desse estudo surgiu com a necessidade de monitorar a confirmação do paciente pelos profissionais da unidade. **Objetivo:** Observar e avaliar a prática de confirmação da identificação do paciente pelos profissionais da equipe multidisciplinar, com a finalidade de identificar possíveis falhas e proceder com as correções e os treinamentos. **Metodologia:** Trata-se da criação de uma ferramenta para monitoramento da prática da confirmação dos pacientes antes dos cuidados, realizada de forma oculta. Após o monitoramento do cumprimento do protocolo através dos indicadores de Número de eventos adversos devido a falhas na identificação do paciente e de Proporção de pacientes com pulseiras padronizadas entre os pacientes atendidos nas instituições de saúde, foi observada a necessidade de monitorar o indicador de confirmação dos pacientes antes dos cuidados. A elaboração desta ferramenta foi feita nos moldes da realização de observação oculta da Higienização das Mãos, tendo em vista que neste indicador também se observa os 5 momentos desta prática. Cada área de avaliação contém descrito os cinco momentos de identificação preconizados pela OMS e as ações realizadas pelos profissionais (Realizou a conferência da pulseira de identificação ou Não realizou a conferência da pulseira de identificação). Ao final da elaboração deste formulário, foi realizado o PDSA sobre este formulário com os membros executores do Núcleo de Segurança do Paciente. Após a criação da ferramenta para este monitoramento, foram efetuadas durante os meses de fevereiro, março e abril do ano corrente, as capacitações sobre identificação do paciente com ênfase nos “5 momentos de confirmação do paciente”. Essas capacitações foram ministradas in loco, utilizando um banner. Além das capacitações, foram afixados nos postos de enfermagem, um folder como lembrete dos “5 momentos de confirmação do paciente”. O treinamento foi realizado em horário previamente marcado, com toda a equipe de enfermagem abrangendo todos os plantões e o mesmo será estendido para equipe multiprofissional, incluindo as copeiras da unidade. As observações ocultas foram iniciadas no mês abril e decorreram em todos os setores assistenciais. Os dados foram coletados pela equipe do NSP, onde as pessoas observadas não sabiam da natureza do trabalho. Foram avaliadas oportunidades X ações realizadas pela equipe de enfermagem. Mesmo após os treinamentos e sinalizações dos 5 momentos de confirmação do paciente, evidenciou-se que há uma grande resistência por parte da equipe assistencial em confirmar o paciente através da conferência da pulseira de identificação. **Monitoramento:** Ações de realizar a confirmação do paciente através da conferência da pulseira de identificação X 100 / Oportunidades de realizar a confirmação do paciente através da conferência da pulseira de identificação. **Resultados:** Abril: realizadas 10 observações ocultas com duração de aproximadamente 20 minutos cada uma, totalizando 24 oportunidades de o profissional confirmar o paciente e apenas 1 ação efetiva. Maio: realizadas 35 observações ocultas com duração de aproximadamente 20 minutos cada uma, totalizando 81 oportunidades de o profissional confirmar o paciente e não houve ação efetiva. Junho: Até o momento foram realizadas 5 observações ocultas com duração de aproximadamente 20 minutos cada uma, totalizando 18 oportunidades de o

profissional confirmar o paciente e 3 ações efetivas. **Conclusões:** Mesmo com baixa adesão na confirmação do paciente através da conferência da pulseira de identificação pelos profissionais, a ferramenta utilizada para esse monitoramento nos permite realizar a coleta e avaliação desse indicador. Resultados esperados: Adesão de toda a equipe multidisciplinar à confirmação do paciente através da conferência da pulseira de identificação evitando os eventos adversos relacionados a falha na identificação.

## 26385 - IDENTIFICAÇÃO E PROGRAMAÇÃO DE BOMBAS DE INFUSÃO DE MEDICAMENTOS VASOATIVOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

MARINE TAVARES SANTOS - HOSPITAL JOÃO XXIII, FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS – FHEMIG, ALEXANDRA DIAS MOREIRA - ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - UFMG, FLÁVIA SAMPAIO LATINI GOMES - ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS – UFMG

**Introdução:** Evento Adverso a Medicamento (EAM) é qualquer incidente associado a uma intervenção medicamentosa e pode ser mais frequentes em unidades de terapia intensiva (UTI), onde os pacientes podem receber quantidades maiores de medicamentos, principalmente por via endovenosa. Entre as classes de medicamentos mais utilizadas estão os fármacos vasoativos. Para mitigação dos EAM relacionados ao uso dos fármacos vasoativos, diversas tecnologias podem ser empregadas com vistas a segurança durante sua infusão, entre elas o uso de bombas de infusão (BI). **Objetivo:** Estimar a proporção de BI com medicamentos vasoativos corretamente identificadas e programadas em UTI adulto de hospital de pronto atendimento. **Método:** Estudo transversal e descritivo, desenvolvido em hospital público e de ensino, de pronto atendimento. Compuseram a amostra de conveniência 117 BI de 98 pacientes. Foram calculadas as medianas das variáveis contínuas e distribuição de frequências das variáveis categóricas. O estudo foi aprovado sob o parecer nº 114/2021. **Resultados:** Sobre o perfil dos 98 pacientes, prevaleceram os do sexo masculino (67,3%), com idade que variava entre 19 e 92 anos (mediana de 55 anos, IQ: 38 a 69 anos), cujo motivo de internação na UTI foi traumatismo cranioencefálico (34,7%). Sobre a prescrição de medicamentos vasoativos, todas (117 - 100,0%) eram legíveis, continham a identificação do prescritor, data e a expressão vaga “a critério médico” em algum campo da prescrição. Todas as bombas de infusão estavam identificadas com nome do medicamento vasoativo. A maioria das soluções em infusão (97,4%) estava identificada de forma completa contendo nome, volume e diluição. Em relação às vias de infusão, 82,0% continham data de validade. A velocidade de infusão coincidia com a prescrita em 2,5% das BI. Observou-se elevado índice de prescrições sem definição da velocidade inicial (95,0%) constando apenas o termo “a critério médico”, o que pode explicar o baixo índice de conformidade. Sobre a concentração das soluções dos medicamentos vasoativos em infusão e as diluições, 96,5% e 89,7% coincidiam, respectivamente, com a prescrição. O sensor de gotas estava desabilitado em 97,5% das BI. **Conclusão:** A identificação e programação das BI de medicamentos vasoativos na UTI adulto foram realizadas em quase sua totalidade, podendo impactar negativamente na segurança do paciente.

**26304 - IMPACTO DO DESABASTECIMENTO DE DIPIRONA SÓDICA NUM CICLO DE MELHORIA DE PROFILAXIA DE DOR PÓS-OPERATÓRIA**

LARISSA DEZOTTI STEFANI - FUNDAÇÃO CENTRO MÉDICO DE CAMPINAS, RICARDO FRANCISCO SIMONI - FUNDAÇÃO CENTRO MÉDICO DE CAMPINAS, LUARAYANI PADOVANI - FUNDAÇÃO CENTRO MÉDICO DE CAMPINAS, GIOVANNI GESUATTO - FUNDAÇÃO CENTRO MÉDICO DE CAMPINAS, LUCAS FERREIRA GOMES PEREIRA - FUNDAÇÃO CENTRO MÉDICO DE CAMPINAS, ANA PAULA DE OLIVEIRA - FUNDAÇÃO CENTRO MÉDICO DE CAMPINAS

**Introdução:** A colecistectomia é uma das cirurgias mais realizadas. A dor é um sintoma capaz de postergar a mobilização do paciente, prolongar a permanência hospitalar, aumentar os custos e pode até aumentar na taxa de mortalidade, contribuindo para uma experiência pouco agradável do paciente. 1A melhor forma de combater a dor pós-operatória é aplicar uma abordagem de analgesia multimodal. 2A dipirona é o principal analgésico da terapêutica brasileira, com 31,8% do mercado.

**Objetivo:** Este estudo tem como objetivo demonstrar do impacto do desabastecimento da dipirona durante ciclo de melhoria em dor pós-operatória em colecistectomias no Centro Médico de Campinas.

**Descrição da execução:** O trabalho foi conduzido pelo Departamento de Anestesia juntamente com a equipes cirúrgica, enfermagem e Qualidade. Em outubro 2021, foi apontado pela Qualidade que o índice de dor na colecistectomia estava em 16,1%, acima da meta estabelecida (< 10%). Foi proposto desenvolver um protocolo de profilaxia da dor pós-operatória específico para essa cirurgia, o qual faria parte de um ciclo de melhoria com objetivo de diminuir os escores de dor nesses pacientes. O método de escolha para desenvolvimento desse ciclo de melhoria foi o PDCA. Após análise da literatura<sup>2</sup>, foi sugerido uma abordagem de analgesia multimodal onde o anestesista administraria em todo paciente elegível e antes da incisão cirúrgica: dipirona 2g, cetoprofeno 100mg, dexametasona 10mg, metadona 0,1 mg/kg e instilação intraperitoneal com solução de anestésico local. Na sala de recuperação pós-anestésica (SRPA), a enfermagem avaliaria a dor através da escala analógica visual (VAS) e registraria os escores na plataforma Tasy®. Na SRPA, pacientes com VAS ≥ 4 seriam considerados com dor importante e medicados com analgésico de resgate.

**Análise crítica dos resultados:** De novembro 2021 a junho 2022 foram analisados 555 prontuários. No mês de novembro 2021, iniciou a implantação do protocolo de analgesia multimodal. Nesse primeiro mês, a taxa de dor diminuiu para 13,2%. A taxa de adesão ao protocolo foi de 30%. A baixa adesão foi o não conhecimento do protocolo. No mês de dezembro 2021, a incidência de dor diminuiu para 7,8%, ficando abaixo da meta estabelecida. A taxa de adesão ao protocolo subiu para 60%. No mês de janeiro 2022, apenas um paciente submetido a colecistectomia relatou dor em SRPA. Nesse mês, a taxa de adesão ao protocolo subiu para 65%. No mês de fevereiro 2022, a incidência de dor subiu para 15,0%. Um fato relevante foi que a partir do dia 29 de janeiro, por desabastecimento de dipirona no mercado, a taxa de adesão ao protocolo proposto foi de 2%. No mês de março 2022, a incidência de dor diminuiu para 10,6%. Nota-se que a partir do dia 19 de março, o estoque da dipirona foi restabelecido e a taxa de adesão ao protocolo ficou em 50%. Nos meses de abril, maio e junho a dor foi de 6,0, 8,6 e 4,3%, respectivamente. E a adesão ao protocolo nesse período foi de 45, 39 e 50%, respectivamente. De maneira geral, a incidência de dor quando foi realizado o protocolo ou não foi de 4,0% e 11,6%, respectivamente (p = 0,002).

**Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** A falta da dipirona no mercado devido a pandemia do COVID-19, impactou na confirmação do ciclo de melhoria da dor pós-operatória de pacientes submetidos a colecistectomias. Apesar de ser um considerado um analgésico menor, esse medicamento mostrou-se importante dentro da abordagem da analgesia multimodal no protocolo de controle da dor pós-operatória, pois a taxa de dor aumentou durante o período de sua escassez. Após o restabelecimento do estoque da dipirona na instituição, a taxa

de dor nesses procedimentos começou a regredir novamente de forma sustentável nos últimos 3 meses.



**26029 - IMPACTO DO PROGRAMA STEWARDSHIP VISANDO REDUÇÃO DE CUSTOS EM UM HOSPITAL PRIVADO DE SÃO PAULO**

JESSÉ EDUARDO BISPO - HOSPITAL SAMARITANO PAULISTA, GABRIELA PRISCILA ANUTO - HOSPITAL SAMARITANO PAULISTA, VICKEE ALMEIDA TANFERI - HOSPITAL SAMARITANO PAULISTA, NATASHA ANASAWA RODRIGUES - HOSPITAL SAMARITANO PAULISTA, HELGA PRISCILA GIUGNO BISCHOFF - HOSPITAL SAMARITANO PAULISTA

**Objetivo:** Avaliar o Programa de Stewardship visando racionalização com terapia antimicrobiana. **Introdução:** Os antibióticos são essenciais e amplamente utilizados na terapia moderna, entretanto, é frequente ocorrer o uso irracional no ambiente hospitalar. Com essa prática, têm se elevado as infecções relacionadas à assistência à saúde e despesas assistenciais. **Método:** Estudo observacional a partir dos dados de farmácia clínica. Possui característica retrospectiva, a partir da contabilização das intervenções registrada no sistema de análise de indicadores. Foram avaliadas prescrições de pacientes em uso de antimicrobiano no período de 01 de abril de 2021 a 01 de abril de 2022. **Resultados:** Foram acompanhadas mil e seiscentos e trinta e quatro (1634) prescrições com antimicrobianos. Dessas, mil duzentas e setenta e seis (1276) elegíveis às intervenções farmacêuticas relacionadas à Terapia Antimicrobiana Sequencial, onde a troca de antimicrobiano intravenoso para via oral foi realizada efetivamente em mil cento e sessenta e nove (1169). Na análise das estratégias que demonstram a redução de custo assistencial (Switch, Step Down e Terapia Sequencial), o percentual de aceitabilidade foi de 91,61% gerando uma economia R\$ 344.968,33 (trezentos e quarenta e quatro mil, novecentos e sessenta e oito reais e trinta e três centavos). Os medicamentos que demonstraram maior aceitação no período de intervenção foram azitromicina, metronidazol, ciprofloxacino, claritromicina e clindamicina (90%), acompanhado dos que apresentaram menor aceitação fluconazol e moxifloxacino (10%). O fator mais frequente encontrado com relação a não aceitação das intervenções foi a insegurança da equipe médica em relação à biodisponibilidade. **Conclusão:** A implantação do Programa de Stewardship, foi idealizado pela equipe de Farmácia Clínica com parceria da SCIH. O foco da implantação permitiu um novo modelo de gestão do uso de antimicrobianos, onde sua aplicação prospectiva e mensuração dos resultados, demonstraram ótimos desfechos clínicos e econômicos.

## 26022 - IMPLANTAÇÃO DA METODOLOGIA SAFETY HUDDLE NO ALMOXARIFADO FARMACÊUTICO DO HOSPITAL SAMARITANO PAULISTA

HELGA BISCHOFF - HOSPITAL SAMARITANO PAULISTA, NATASHA A. RODRIGUES - HOSPITAL SAMARITANO PAULISTA

**Introdução:** A ferramenta safety huddle foi implementada no almoxarifado farmacêutico do Hospital Samaritano Paulista em dezembro de 2020 a partir de dificuldades encontradas na pandemia com a falta de produtos no mercado mundial e necessidade de acompanhar o consumo e estoque em tempo real. **Objetivos:** Manter um estoque estratégico dos insumos farmacêuticos. **Descrição da execução:** Através da ferramenta Safety Huddle, que foi escolhida por ser de fácil implantação, propondo ações imediatas com o objetivo de evitar danos aos pacientes decorrentes da falta de insumos farmacêuticos, diariamente, de segunda a sexta, é realizada uma reunião presencial no primeiro horário da manhã com todos os integrantes do almoxarifado e gestores da farmácia, todos em pé e duração máxima de 10 minutos. A responsável pelo almoxarifado realiza a extração de relatório de cobertura de estoque através do sistema informatizado local e todos os itens com cobertura de estoque inferior a 10 dias são relatados e discutidas as ações que devem ser tomadas. **Análise crítica dos resultados:** Entre os principais motivos que um item entra na lista de estoque crítico, estão: Falta no mercado, aumento de consumo e atraso na entrega do fornecedor (atribuído a diversos fatores, os mais comuns são: faturamento mínimo, caixaria, falta de recebimento do pedido e ruptura de estoque no fornecedor). As principais técnicas adotadas para mitigar o risco de ruptura de estoque no hospital, são: Compra de urgência em outro fornecedor, Solicitação de empréstimo e por último a compra de item substituto. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** Com a implantação da ferramenta, pode-se verificar através da análise diária de cobertura de estoque que houve uma melhora significativa na gestão dos insumos farmacêuticos, pois ocorreu redução no número de itens que entram em estoque crítico, com isso tornamos o processo mais seguro para o paciente, pois as situações de risco relacionadas a estes produtos são mitigadas previamente.

## 26390 - IMPLANTAÇÃO DE TIMES: ESTRATÉGIA INOVADORA NA PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO NO CUIDADO INTENSIVO

JOELMARA FURTADO DOS SANTOS PEREIRA - HUUFMA, FRANCISCA PATRÍCIA SILVA PITOMBEIRA - HUUFMA, TATIANA BATISTA DA SILVA - HUUFMA, ADRIANA DE JESUS MACAU - HUUFMA, ANA MANUELA AZEVEDO DA SILVA – HUUFMA

**Introdução:** O National Pressure Ulcer Adversory Panel (NPUAP) define lesões por pressão (LP), como um dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo médico ou a outro artefato. A lesão resulta de uma pressão intensa e/ou prolongada em combinação com outros mecanismos como cisalhamento. Ademais, outros fatores dificultam a tolerância do tecido mole à pressão e ao cisalhamento, como o microclima, nutrição, perfusão, comorbidades<sup>1</sup>. As LP constituem um evento adverso evitável, e sua ocorrência em pacientes internados em unidade de terapia intensiva (UTI) varia de 22 a 40%, em virtude das condições intrínsecas do paciente internado na UTI e as intervenções diagnóstico terapêuticas relacionadas ao cuidado intensivo que podem facilitar a ocorrência deste evento indesejável<sup>2,3</sup>. Portanto, medidas adequadas de prevenção devem ser adotadas, a partir da avaliação do risco do paciente em desenvolver LP, tais como: inspeção diária da pele com foco nas áreas mais predisponentes e ao redor de dispositivos médicos, otimizar nutrição e hidratação do paciente, manejo da umidade com manutenção do paciente seco e a pele hidratada, minimizar pressão com mudança de decúbito controlada por 2 horas e/ou redistribuição dos pontos de pressão, além da orientação de pacientes e familiares. A Unidade de Terapia Intensiva Adulta (UTI AD) do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA), conta atualmente com 15 leitos operacionais, com perfil assistencial predominantemente cirúrgico, é referência para cirurgias de alta complexidade como neurocirurgias, cirurgias do aparelho digestivo, ortopédicas, urológica, transplantes e demais especialidades. Dispõe de uma equipe multidisciplinar como médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogo, nutricionista, farmacêutico clínico e psicólogo. Com foco na melhoria de seus processos, o HUUFMA busca sempre a participação constante em programas de aperfeiçoamento. Neste contexto, destacamos o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), uma iniciativa do Ministério da Saúde que por meio de convênios com instituições de saúde de excelência no Brasil, tem como propósito apoiar e aprimorar o SUS a partir de projetos de capacitação de recursos humanos, pesquisa, avaliação e incorporação de tecnologias, gestão e assistência especializada. Dentre os projetos de parceria destacamos o desenvolvido pelo Hospital Moinhos de Vento intitulado Projeto Paciente Seguro que visa trazer funcionalidade e integração entre as equipes do hospital, com cerne nas melhores práticas no cuidado da segurança do paciente, por meio do Modelo de Melhoria. Diante o exposto, o HUUFMA, tem sua participação no projeto Paciente Seguro, envolvendo diversas áreas da instituição, dentre as quais a UTIAD, foi elegível para desenvolver melhorias em relação a meta de segurança 5-Prevenção de lesão por pressão. **Objetivo:** Descrever a experiência exitosa quanto a participação em um programa de aperfeiçoamento com o propósito de reduzir a ocorrência de LP em uma unidade de cuidados intensivos, utilizando o modelo de melhoria. **Descrição da execução:** A partir do diagnóstico situacional realizado pelo Hospital Moinhos de Vento no HUUFMA em julho de 2021, a UTIAD ficou responsável por implementar melhorias com o propósito de reduzir em 50% a prevalência de LP. Na oportunidade, foram realizadas reuniões com a alta gestão do HUUFMA, sendo o Núcleo de Segurança do Paciente, responsável por realizar a interface entre as demandas do Hospital Moinhos de Vento e demais áreas do HUUFMA participantes do projeto. Desta forma, foi composto um Time de profissionais da UTI AD, do Núcleo de Segurança e outras áreas afins com objetivo de atender as demandas do projeto. A participação no Time foi voluntária, contudo, era

necessário cumprir com as tarefas conforme os prazos estipulados pela instituição facilitadora, como participação das reuniões, cursos presenciais e a distância, além das reuniões semanais ou quinzenais para discussão das ações do time dentro da unidade. Observou-se a dinamicidade do processo, pois tínhamos encontros semanais on-line, para devolutivas das ações acordadas com o Moinho dos Ventos. Houve também as oficinas presenciais para elaboração do quadro de aprendizagem, ferramenta que auxilia na divulgação do projeto entre os profissionais dentro da unidade. Inicialmente tivemos dificuldade no cumprimento de prazos e conciliação das agendas dos participantes do Time, ocorrendo desistência de alguns membros, por outro lado, a entrada de outros profissionais veio agregar, além de adoção de reuniões semanais on-line para planejamento e alinhamento das ações do Time. A partir do levantamento quinzenal dos indicadores, a saber: prevalência e incidência de LP, percentual de pacientes avaliados com risco de LP quando admitidos na unidade, percentual de pacientes recebendo avaliação diária para risco de LP, percentual de adesão às medidas preventivas para LP conforme o protocolo. Foi construído uma linha de base, da prevalência de LP em nossa unidade (40%). Além da implementação de indicadores de resultado e processo, o Moinho dos Ventos desenvolve um método de melhoria que busca a inovação, por meio de ideias de mudanças que serão testadas em pequena escala, que após avaliação, podem ser abandonadas ou seguir com a ampliação do teste e posteriormente implantar as ideias. Neste processo é essencial a participação dos profissionais assistenciais, que realmente vivenciam as dificuldades nos desenhos dos processos de trabalho atuais. Para esse fim, utiliza-se de outra ferramenta apresentada pelo Hospital Moinhos de Vento – o Diagrama Direcionador, que traz três principais direcionadores para mudanças nos processos de cuidado, a saber: construir um processo seguro, construir uma cultura de segurança e envolver a todos no cuidado. Cada direcionador deste, apresentam propostas de mudança e ideias de mudanças, onde o Time precisa encontrar dentro da realidade dos seus processos, meio de testar as ideias que facilitem o cuidado ao paciente e o torne mais seguro, tanto para o usuário do SUS, tanto para o próprio trabalhador da saúde. A partir das reuniões semanais, várias ideias de mudanças foram surgindo, foram testadas e conseqüentemente implantadas ou abandonadas. Avaliamos em conjunto a riqueza deste processo e como é importante oportunizar a escuta para seus pares, assim podemos identificar pontos essenciais que passavam despercebidos. **Análise crítica dos resultados:** As ações do Time permitiram que revisitássemos nossas práticas, facilitou o redesenho de alguns processos e capacitações da equipe, além da divulgação contínua das ações do Time com ênfase nas medidas de prevenção de LP na UTI AD. Melhoramos a notificação de ocorrência de LP, a partir de maior ênfase na inspeção da pele, conforme o risco alto de desenvolver LP. Iniciamos também ações com foco na orientação do usuário e seu familiar ou responsável, esclarecendo em relação aos cuidados que precisamos manter para prevenir as LP. Os dados levantados de no período de julho de 2021 até maio de 2022, revelaram que a incidência de LP foi de 8,5%, com percentual de prevalência no mesmo período de 42,86% (foi utilizado a mediana entre as frequências). Tem-se conhecimento que incidência de LP reflete um indicador de qualidade nas instituições de saúde no contexto nacional e internacional. Contudo, ainda representa um grande desafio nas unidades de terapia intensiva, dado as próprias condições de gravidade do paciente, como restrição ao leito, desnutrição, uso de suporte ventilatório, drogas vasoativas e sedativos<sup>4</sup>. No cenário brasileiro, a prevalência de LP nas UTI varia entre 35,2% e 63,6%, com incidência entre 11,1% e 64,3%. Nos hospitais de ensino, a incidência de LP variou entre 23,1% e 62,5%. Sendo o ambiente de UTI é considerado referência para aferição da incidência de LP no contexto hospitalar brasileiro<sup>4</sup>. Diante o exposto, nota-se que a incidência de LP na UTI AD está abaixo dos valores apresentados por outros hospitais de ensino referenciados, no entanto, se faz necessário, mais pesquisas e benchmarking com instituições de saúde, com o mesmo perfil de cuidado. Mesmo com resultados positivos, entendemos que LP são eventos evitáveis e se faz necessário ações contínuas, como busca ativa do Time no acompanhamento da ocorrência de lesões, análise crítica de cada caso, buscando os fatores diretamente envolvidos nas ocorrências,

capacitações quanto ao diagnóstico, estadiamento e fisiopatologia da LP. Incentivo as notificações de LP com ênfase nas lesões de mucosas e por dispositivos que antes eram desconsideradas. Divulgação de ações do Time e resultados dos indicadores para equipe assistencial, momento que proporciona mais adesão dos profissionais as medidas preventivas. Vale ressaltar que houve melhoria nos indicadores de percentual de pacientes avaliados com risco de LP quando admitidos na unidade, percentual de pacientes recebendo avaliação diária para risco de LP e percentual de adesão às medidas preventivas para LP conforme o protocolo, em torno de 90 a 100%. Também foi percebido maior preocupação com a nutrição e hidratação dos pacientes refletindo nitidamente em melhoria do alcance das metas nutricionais e hídricas propostas aos pacientes em risco de LP, a taxa de 31,3% elevou-se para 60%. Outro indicador que houve melhoria foi do volume infundido/prescrito que alcançou 96,2%. No entanto, neste percurso houve alguns entraves, tais como: Ausência de carga horária específica para o Time, que gerou desistência de alguns membros e descumprimento de prazos, pouca adesão de outras categorias como fisioterapia e terapia ocupacional dificultando o planejamento das ações, participação dos eventos, treinamentos, coleta de indicadores, continuidade das ações e consolidação das melhorias. Ressaltamos ainda, a pouca participação da alta gestão no acompanhamento das ações do Time e seus resultados e diversas mudanças na unidade, desde estrutura física, Chefia de unidade e profissionais assistenciais. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** A construção de uma cultura de segurança, requer ações contínuas, coesas e com apoio da alta gestão em todo o processo. É preciso que o serviço público aprenda planejar e principalmente seguir com seu planejamento, evitando assim retrabalhos, desgaste dos profissionais e custos desnecessários. Precisamos revisitar nossas práticas, colocar nosso usuário como centro do cuidado, saber escutá-lo, e principalmente respeitar sua autonomia, com estes princípios torna-se mais fácil nosso cuidado, além do usuário contribuir com a sua segurança. O projeto busca um trabalho colaborativo, onde todos participam e todos tem voz, e trabalhar em saúde é ser colaborativo, todos com o mesmo propósito, em busca de um cuidado seguro de qualidade e centrado no usuário.

## 25992 - IMPLANTAÇÃO DO FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS MEOWS NO CENTRO OBSTÉTRICO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

MICHELLE RODRIGUES DA SILVA - HOSPITAL DA MULHER PROF. JOSÉ ARISTODEMO PINOTTI, CAISM UNICAMP, FRANCINE SILVA RODRIGUES FERREIRA - FACULDADE DE ENFERMAGEM UNICAMP, RENATA TAÍZE GASPAROTO PEREIRA - HOSPITAL DA MULHER PROF. JOSÉ ARISTODEMO PINOTTI, CAISM UNICAMP

**Introdução:** O protocolo MEOWS (Modified Early Obstetric Warning Score ou Pontuação de Aviso de Obstetrícia Precoce) é uma ferramenta que alerta para os sinais clínicos de deterioração precoce na população obstétrica. Segundo a OMS, a morte materna ocorre durante a gestação ou em até 42 dias após o parto, devido a qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação à essa, porém não devido a causas acidentais. Muitas mulheres que morrem de complicações, chegam tarde aos locais que poderiam receber tratamento adequado. Portanto, faz-se de extrema importância o uso deste instrumento que acione a equipe prontamente e direcione as ações de forma rápida e precisa a fim de evitar um desfecho ruim. **Objetivo:** Relatar a experiência da implantação do formulário MEOWS no Centro Obstétrico (CO). **Descrição da execução:** O formulário já estava implantado na Unidade de Internação Obstétrica e havia uma discordância nos registros e perda da evolução dos dados vitais quando a gestante era transferida para o CO. Foi oferecido um treinamento à equipe quanto ao uso e aplicabilidade do formulário a partir de aula gravada pela Divisão de Enfermagem e disponibilizada no Google Classroom®, além disso fizemos esclarecimento de dúvidas e discussões in loco. Por fim, os profissionais que acessaram as aulas obtiveram certificado após preenchimento e envio do feedback da aula. **Análise crítica dos resultados:** Através de um formulário aplicado à equipe de Enfermagem do CO, após 1 ano de implementação do instrumento, obtivemos o resultado: 64,7% fez o treinamento e recebeu o certificado, 11,8% não concluiu o treinamento e 23,5% não acessou a plataforma. Sobre o impacto em sua prática assistencial: 67,6% consideram que o uso do instrumento alertou para possíveis tomadas de conduta a tempo de evitar um desfecho ruim para a paciente; 29,6% não observaram melhoria significativa no cuidado e 2,4% não souberam opinar. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** O correto preenchimento dos dados colhidos à beira leito serve de gatilho para intervenções que podem salvar vidas de mãe e bebês, garantindo um cuidado seguro e de qualidade.

Descritores: Morte Materna; Capacitação em Serviço; Qualidade da Assistência à Saúde.

Existência de financiamento: Treinamento e impressão do formulário fornecidos pela Instituição.

**26058 - IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO DE HEMOVIGILÂNCIA EM UM HOSPITAL DA REDE SENTINELA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

JOSENIRA MARIA CLAUDIO DE LIMA - HOSPITAL DR. CARLOS ALBERTO STUDART GOMES, MARIA JOSÉ MONTEIRO DE ASSIS - HOSPITAL DR. CARLOS ALBERTO STUDART GOMES, AURIECILIA BARROS DAS CHAGAS - HOSPITAL DR. CARLOS ALBERTO STUDART GOMES, JOSÉ DIOGENES MARQUES RIBEIRO FILHO - HOSPITAL DR. CARLOS ALBERTO STUDART GOMES, LINDEMBERG DA COSTA LIMA - HOSPITAL DR. CARLOS ALBERTO STUDART GOMES, ADELAIDE ROSITA PEREIRA BOTELHO COSTA - HOSPITAL DR. CARLOS ALBERTO STUDART GOMES

**Introdução:** A Terapia Transfusional é uma conduta necessária em algumas situações clínicas, podendo melhorar rapidamente uma condição de saúde grave ou até mesmo representar a única maneira de salvar uma vida. Contudo, estudos mostram que a transfusão sanguínea não é isenta de riscos, mesmo que prescrita e administrada corretamente, a utilização de sangue expõe o indivíduo a efeitos adversos que podem causar danos irreversíveis e até mesmo a morte. Portanto, para garantir a segurança no processo transfusional é necessário um sistema de Hemovigilância para monitorar todas as etapas do ciclo do sangue. **Objetivo:** Relatar a experiência de autoras após a construção de um protocolo de hemovigilância, implantado em uma instituição pública terciária. Em decorrência do grande número de transfusões realizadas e uma possível subnotificação de reações transfusionais, percebeu-se a necessidade de melhor identificar e divulgar os riscos potenciais e as possíveis alterações durante e após o ato transfusional com o intuito de reduzir ou eliminar eventos que possam ocorrer. **Descrição da execução:** A construção do protocolo ocorreu no primeiro semestre de 2021 e teve como princípios a realidade local e embasamento teórico a partir de conteúdos científicos. Participaram da construção integrantes da gerência de risco e agência transfusional, passando ainda por validação de Hematologista, Núcleo de Qualidade, Segurança do Paciente e Direção da Instituição. **Análise crítica dos resultados:** Após implantação e divulgação do protocolo, tanto por meio digital quanto oral, foi observado um significativo aumento no número de reações transfusionais notificadas, o que denota a adesão dos profissionais às orientações do protocolo. Entende-se que o método de sensibilização do profissional quanto a identificação das reações é um processo contínuo, relevante e necessário. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** Foram incluídas no protocolo com o objetivo de padronizar a assistência, fichas de acompanhamento transfusional e uso da placa de hemovigilância por 24 horas resultando em um maior monitoramento dos eventos e conseqüentemente melhor segurança na utilização de hemocomponentes.

**26003 - IMPLEMENTAÇÃO DE FERRAMENTA PARA NOTIFICAÇÃO DE GERENCIAMENTO DE RISCO EM EMPRESA DE HOME CARE**

CAROLINE ALONSO SANTOS - SOS VIDA - HOME CARE, SIMARA ESPÍRITO SANTO DE JESUS - SOS VIDA - HOME CARE, GLEIDE REGINA DE SOUSA ALMEIDA OLIVEIRA - SOS VIDA - HOME CARE

Ferramentas de gerenciamento de risco em saúde, diante da preocupação universal em prevenção e controle de eventos e erros na saúde, surgem como uma ponte de apoio para as instituições que buscam redução de danos materiais, físicos e financeiros decorrentes desses incidentes. A justificativa de criação de um programa para Home Care de gerenciamento de risco vem no sentido de nortear e compilar as notificações e o tratamento dessas notificações, objetivando reduzir o tempo gasto na solução, bem como prevenir as respostas perdidas e tratativas não realizadas. Os incidentes são situações de potencial risco, prejuízo ou perigo evidente a assistência prestada, e influenciam diretamente na qualidade do serviço. O objetivo do trabalho é descrever a experiência de criação e implantação dessa ferramenta de gerenciamento de risco em uma empresa de Home Care, permitindo acompanhamento, solução e finalização dessas demandas assistenciais. A ferramenta foi criada com o suporte da equipe de Tecnologia da Informação da empresa e parceria com a empresa do Docsystem na sua formatação, seguindo as sinalizações de descritores, qualificação e quantificação dos diversos tipos de notificações recebidas, sendo as principais: eventos de queda, eventos adversos, falha de processos, erros de medicações e perdas de dispositivos. O projeto foi criado em dezembro de 2021, em fevereiro implementamos a ferramenta com a área de enfermagem e verificando outros ajustes, em abril incluímos a farmácia, efetuamos mudanças no layout e atualizações na planilha de notificação, em maio será utilizado em todos setores da empresa, envolvidos nas tratativas dessas notificações. Evuiremos com o uso de software, para direcionar notificações do sistema de prontuários eletrônico diretamente para o programa de gerenciamento de risco. A sensibilização com relação à subnotificações é uma grande oportunidade de melhoria evidenciada. Já é perceptível diminuição com relação às falhas de processo e erro de medicamentos, podendo ser um reflexo introdução de barreiras para que esses incidentes não alcancem o paciente, mediante os dados trazidos pela ferramenta. A empresa é acreditada, gerenciar riscos faz parte das suas metas de manutenção do selo de acreditação. Sendo assim, a ferramenta de gerenciamento de risco, soma na qualidade e segurança da assistência ao paciente, seus funcionários e familiares.



## 26393 - IMPLEMENTAÇÃO DE INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL PARA MINIMIZAR INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS EM UNIDADE DE INTERNAÇÃO

THAIS REGINA HOMRICH DE AQUINO - HOSPITAL TRAMANDAÍ, DAGMAR HERBERTS - HOSPITAL TRAMANDAÍ, MARCIUS RAFAEL SANTOS - HOSPITAL TRAMANDAÍ, NATÁLIA FERNANDES MARTINS FERREIRA - HOSPITAL TRAMANDAÍ, QUELE MOREIRA GOULART - HOSPITAL TRAMANDAÍ

**Introdução:** As intercorrências clínicas são eventos ocorridos nos pacientes com potencial de aumentar a taxa de morbimortalidade e podem ser intervidos antes do agravo. Atualmente, as Instituições de Saúde têm grande interesse no desenvolvimento de algoritmos de aprendizado de máquinas que podem potencializar os profissionais de saúde no diagnóstico ou na detecção precoce. Ao encontro desse interesse vem a Inteligência Artificial (IA) pelo uso do Aprendizado de Máquina (Machine Learning). Os dados imputados na tecnologia fornecem maiores subsídios para a tomada de decisão da equipe multiprofissional frente a deterioração de pacientes clínicos visando minimizar o agravo dos pacientes. **Objetivo:** Relatar a experiência na implementação da Inteligência Artificial como meio para reduzir intercorrências em uma unidade de internação clínica em um Hospital Público no litoral do Rio Grande do Sul. **Descrição da execução:** A implementação envolveu os níveis estratégico, tático e operacional do Hospital. Dividiu-se entre etapas: conhecimento e aquisição da IA e recursos necessários para sua utilização; informatização dos registros de enfermagem; integração entre os sistemas de informação; elaboração do Procedimento Operacional Padrão (POP) e fluxo de atendimento por profissionais desencadeado pelo alerta da IA; capacitação da equipe de enfermagem em relação ao fluxo de atendimento e reavaliação sobre a aplicabilidade da IA; e oportunidades de melhoria. As ações iniciaram no mês de novembro de 2021 com o conhecimento inicial e aquisição do Robô Laura. Nessa fase foram realizadas reuniões online com a empresa da IA a fim de entender melhor o funcionamento da plataforma, como era realizada a leitura dos dados imputados e os gráficos que eram gerados. Outrossim, também se discutiu com a equipe tática do Hospital os alertas e o raciocínio acerca do alarme gerado pela IA e as adaptações necessárias por parte da equipe de tecnologia da informação. Já na etapa subsequente levantou-se com coordenação das Unidades de Internação as oportunidades de melhoria nos registros informatizados da equipe de enfermagem bem como sua padronização para posterior treinamento desses profissionais. A terceira etapa constou na elaboração do protocolo institucional a respeito das ações desencadeadas e o tempo para a realização conforme o profissional, deixando um fluxograma para melhor visualização de toda equipe envolvida (enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos). Em relação às atividades educacionais, foi desenvolvido capacitação e apresentação no setor para toda a equipe de enfermagem sobre a IA e a identificação no monitor do alarme e leito. Em seguida, um novo treinamento demonstrando o fluxograma desenhado e os tempos para atendimento sanando as dúvidas iniciais da equipe assistencial. **Análise crítica dos resultados:** É possível verificar que até o momento atual de implementação da IA houve dificuldades relacionadas à migração dos registros de enfermagem e a compreensão por parte dessa equipe das variáveis que desencadeiam os alertas da plataforma. Diante desse contexto, foi necessário agregar à uma etapa de avaliação o escore de NEWS 2 a fim de garantir mais propriedade ao enfermeiro assistencial na avaliação do paciente. Há perspectiva futura de levantamento e comparação do indicador do alerta e o escore de NEWS 2 para esclarecer o perfil do paciente em criticidade e a conduta desencadeada pela equipe assistencial. Ressalta-se que está em construção a análise dos dados prévios e após a implementação dos indicadores de intercorrências. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** A implantação da IA associado a um escore possibilita a equipe multidisciplinar identificar os pacientes com maior risco de piora clínica na unidade de internação, permitindo assim, maior atenção e qualificação da assistência prestada aos mesmos, com vistas a evitar o avanço da criticidade.

**26202 - IMPLEMENTAÇÃO DE NORMA DE ELABORAÇÃO E CONTROLE DE DOCUMENTOS EM REDE DE HOSPITAIS PÚBLICOS UNIVERSITÁRIOS**

MÁRCIA AMARAL DAL SASSO - EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES, LEILI MARA MATEUS DA CUNHA - EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES, GABRIELA DE OLIVEIRA SILVA - EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES, GLEICIANE SOUSA OLIVEIRA - EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES

Uma das bases de um sistema de gestão da qualidade é a elaboração e o controle de documentos, capazes de contribuir para que os requisitos de qualidade estabelecidos sejam evidenciados. Os documentos da qualidade apresentam aos profissionais atividades de cada processo, favorecendo a sistematização e sincronização dos inúmeros procedimentos realizados simultaneamente ou de forma sequencial e por diferentes atores dos sistemas complexos, dentre esses as instituições hospitalares. Nessa perspectiva, a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) responsável pela gestão de uma rede com 40 hospitais universitários federais (HUF), distribuídos nas cinco regiões brasileiras, publicou, em 2018, a Norma de Elaboração e Controle de Documentos da Qualidade (Norma Zero), logo após instituir o Programa Ebserh de Gestão da Qualidade (PGQuali). A maioria dos HUF envolvidos não apresentava padronização para esses documentos, sendo que, em muitos casos, cada unidade organizacional do hospital era responsável por garantir a redação de seus documentos, sem definição institucional. A partir da publicação da versão 2 da Norma Zero, em agosto de 2019, todos os HUF da rede passaram a adotar as regras apresentadas na Norma para elaboração, padronização, controle e divulgação dos documentos da qualidade, de modo a garantir a correta rastreabilidade, manter a fidedignidade e clareza das informações e assegurar a correta revisão e aprovação dos documentos. Considerando que, dentre os HUF da rede, existem diferentes níveis de maturidade quanto à gestão, a versão 2 da Norma Zero apresenta elementos básicos para execução das ações descritas, sendo que cada HUF possui a prerrogativa de publicar sua Norma Zero, complementando o documento divulgado pela sede sem que exista a divergência de informações. Atualmente, as principais dificuldades apresentadas para implementação da Norma são: garantir a adesão de todas as áreas dos hospitais ao ciclo de vida do documento (elaboração, análise, validação, aprovação e divulgação) e assegurar que todos os envolvidos nos processos de trabalho sejam capacitados logo após a publicação do documento. A implementação dessa Norma tem sido essencial para melhoria contínua dos processos no PGQuali, apoiando a execução dos procedimentos, garantindo que esses aconteçam conforme os padrões de qualidade pré-definidos.

## 26278 - IMPLEMENTAÇÃO DE UM SISTEMA DE CHECAGEM DE ANTINEOPLÁSTICOS À BEIRA DO LEITO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

SANDY ALVES VASCONCELLOS - CENTRO DE SAÚDE ERASTO GAERTNER UNIDADE AVANÇADA DE JOINVILLE, STHÉFANI VIGNOTO - CENTRO DE SAÚDE ERASTO GAERTNER UNIDADE AVANÇADA DE JOINVILLE, CACILDA SCHATZMANN - CENTRO DE SAÚDE ERASTO GAERTNER UNIDADE AVANÇADA DE JOINVILLE

**Introdução:** O câncer é o nome dado a mais de 100 diferentes tipos de condições malignas que tem por característica principal, o crescimento desordenado de células que tendem a ser agressivas e incontroláveis, resultando na formação de tumores<sup>1</sup>. Existem diversos tratamentos para esse tipo de doença, entre eles está a quimioterapia antineoplásica e imunoterapia<sup>2</sup>. Esses medicamentos são considerados potencialmente perigosos, por isso são chamados de medicamentos de alta vigilância, ou seja, apresentam grande risco de provocar danos permanentes aos pacientes em decorrência de falhas no processo de utilização<sup>3</sup>. A implementação de estratégias para a prevenção de eventos adversos envolvendo essas medicações são altamente necessárias para a efetivação da segurança do paciente, visto que incidentes relacionados ao preparo e administração de antineoplásicos têm uma incidência de aproximadamente 2% a 5% ao ano, número significativo considerando eventos adversos graves e/ou gravíssimos<sup>2</sup>. Nesse contexto, é importante ressaltar que a administração segura de medicamentos é uma das metas internacionais de Segurança do Paciente. Quando se trata de antineoplásicos, o risco é acrescido, uma vez que os eventos adversos relacionados ao tratamento podem resultar em danos permanentes ou até a morte. Sendo assim, a responsabilidade do Enfermeiro aumenta, pois este profissional tem o dever de promover um ambiente de cuidado seguro ao paciente e familiar que enfrentam o tratamento oncológico. A prática segura na administração de medicamentos requer conhecimento científico, habilidade, competências éticas e legais, além de planejamento das ações. Pensando nisso, é de suma importância a melhoria contínua dos processos assistências, por meio de implantação de barreiras que visam identificar e minimizar os erros. Nesse interim, adotar estratégias de práticas seguras e controle de riscos assistências, não visa apenas alcançar melhores índices de qualidade, como também incorpora a busca da excelência por meio de estratégias de promoção ao cuidado seguro e implementação das novas tecnologias em saúde<sup>4</sup>. Com isso, o uso da tecnologia por meio de um sistema informatizado que contribua diretamente para a segurança na administração de medicamentos, confere legitimidade e confiança, pois minimizam chances de falhas no processo por estes impactarem diretamente na prevenção de danos ao paciente. Com isso, a adoção da tecnologia pode contribuir para a melhoria contínua dos processos assistenciais, sendo este um método inerente à evolução humana que favorece a reflexão sobre a importância de práticas inovadoras no amparo a saúde. **Objetivo:** Implementar barreiras de segurança na administração de medicamentos de alta vigilância por meio do uso de um sistema informatizado que permita a checagem da prescrição eletrônica à beira do leito do paciente. **Descrição da execução:** O presente relato de experiência se dá através da adoção de um sistema informatizado implementado por um ambulatório de oncologia, que realiza o tratamento medicamentoso de pacientes com câncer na cidade de Joinville no sul do Brasil. Este sistema é denominado de checagem beira leito, e foi implementado na instituição no início de janeiro de 2022. O fluxo dessa ação inicia com a admissão do paciente na recepção, onde ele recebe a pulseira de identificação que está atrelada ao Protocolo de Segurança do Paciente do Ministério da Saúde. A pulseira é colocada pelo profissional do setor administrativo no membro superior direito, contendo o nome completo do paciente, a data de nascimento e um código de barras que é gerado a partir da abertura do atendimento e vinculada a prescrição médica. Em seguida, é possível que o setor de farmácia realize a emissão do rótulo do medicamento, que contém um QR code vinculado a prescrição e número de atendimento, para

posterior preparo do antineoplásico. A medicação é dispensada pelo farmacêutico e conferida pela equipe de enfermagem junto à prescrição eletrônica do paciente. Após a conferência, é iniciado o processo de administração. Inicialmente, o enfermeiro realiza a abertura do sistema de checagem beira leito utilizando o número do seu crachá, conseguinte é realizada a leitura do código de barras da pulseira do paciente e abertura da prescrição, identificado o medicamento a ser instalado, é realizada a leitura do QR code do rótulo da medicação. Depois de todo esse processo, o sistema irá solicitar a dupla checagem, ou seja, um segundo profissional de saúde precisa estar presente para validar o procedimento com o número do seu crachá. A fim de envolver o paciente como agente do seu próprio cuidado, é solicitado a ele que confirme o nome completo e a data de nascimento antes de iniciar a administração do antineoplásico. O sistema de checagem beira leito irá identificar se a medicação a ser instalada estiver fora da ordem de prescrição do protocolo antineoplásico, ou se a medicação a ser instalada não pertencer àquele paciente. Com isso é possível identificar as ações voltadas para prevenir e reduzir erros de medicação associadas à terapia antineoplásica e assim, assegurar práticas que permitam um cuidado ainda mais seguro. **Análise crítica dos resultados:** O uso dessa tecnologia se deu com o intuito de aprimorar a segurança na administração de medicamentos, favorecendo a reflexão sobre a importância das práticas inovadoras nos processos assistenciais, que atuam como uma ferramenta essencial para a minimização de erros relacionados a assistência a saúde. Inicialmente a implementação desse sistema, foram constatados alguns erros na abertura da prescrição, como a falta de alguns medicamentos que constavam na prescrição médica mas não estavam presentes na checagem beira leito, ou a ordem de infusão incorreta de alguns protocolos antineoplásicos. Cabe salientar que a efetividade e o sucesso desse processo, se deu devido ao trabalho em equipe entre os profissionais de enfermagem e os profissionais de tecnologia da informação, que não mediram esforços para colocarem em prática o uso dessa tecnologia. Sendo assim, foi possível aprimorar o processo de melhoria contínua no que se refere a segurança na administração de antineoplásicos na instituição. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** Diante do exposto, é possível destacar que a melhoria contínua da qualidade dos serviços de saúde oncológicos precisa ser desenvolvida, já que a segurança na administração de antineoplásicos é de suma importância, uma vez que evita danos desnecessários ao paciente e respalda a equipe assistencial. Dessa forma, o trabalho em equipe objetivou iniciativas para a resolução de problemas e assim, manter a eficiência completa do uso do sistema, uma vez que este contribui para a excelência do cuidado em saúde.

Descritores: Segurança do Paciente; Antineoplásicos; Enfermagem.

Existência de financiamentos: Declaramos que para a elaboração desse trabalho, não há financiamento e/ou conflito de interesse.

Referências:

1. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). O que é Câncer. Rio de Janeiro (BR): INCA, 2020 [acesso 2022 Jul 16]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/o-que-e-cancer>
2. Oliveira PP, Santos VEP, Bezerril MS, Andrade FB, Paiva RM, Silveira EAA. Segurança do paciente na administração de quimioterapia antineoplásica e imunoterápicos para tratamento oncológico: scoping review. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2019 [acesso ANO MÊS DIA]; 28: e20180312. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/NTx6wZsySnCtGNGTRhgNDWv/?format=pdf&lang=pt>
3. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN-SP). Uso Seguro de Medicamentos: guia de preparo, administração, monitoramento. São Paulo (BR): COREN-SP, 2017 [acesso 2022 Jul

16]. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2018/05/Uso-seguro-de-medicamentos-Handout-29.11.2017-web.pdf>

4. Ferreira AMD, Oliveira JLC, Camillo NRS, Reis GAX, Évora YDM, Matsuda LM. Percepções dos profissionais de enfermagem acerca do uso da informatização para segurança do paciente. *Rev Gaúcha Enferm.* 2019;40(esp):e20180140. doi: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/rVpcv68pqHHFjKyMsSkwbzG/?format=pdf&lang=pt>

## 26113 - IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA INTEGRADO DE QUALIDADE EM UM HOSPITAL FILANTRÓPICO DO SUL DO BRASIL

SUELEN STIEHL ALVES - HOSPITAL SÃO LUCAS DA PUC/RS, ANA CAROLINA CAMPOS - HOSPITAL SÃO LUCAS DA PUC/RS, LETÍCIA GABRIELA LUZIANO DOS SANTOS - HOSPITAL SÃO LUCAS DA PUC/RS, SIMONE SLEIMON COSTA VENTURA - HOSPITAL SÃO LUCAS DA PUC/RS

**Introdução:** A padronização de processos é considerada uma importante ferramenta gerencial para promoção da qualidade hospitalar e da segurança do paciente. A implementação de programas estratégicos de qualidade hospitalar contribui para o aprimoramento dos processos e busca de melhores resultados. **Objetivos:** Implantar um programa integrado de qualidade hospitalar visando à padronização e manutenção dos processos internos para promoção da qualidade e segurança do paciente. Como objetivos secundários visa-se promover ações de controle de qualidade e melhoria contínua de processos; engajar as lideranças no gerenciamento dos resultados tático/operacionais para o alcance das metas estratégicas; e aprimorar o serviço oferecido para os usuários do hospital, otimizando processos e a forma de acolher e servir os usuários. **Descrição da execução:** O programa contempla aspectos de governança, estrutura organizacional, interação entre os processos, valores institucionais, satisfação do cliente, metodologia 8S e metas internacionais de segurança do paciente. A avaliação dos critérios estabelecidos ocorre através de três categorias com pontuações definidas para cada uma delas. A primeira categoria se baseia no resultado dos indicadores táticos de cada área, a segunda esta relaciona a satisfação do cliente, e envolve os resultados do consolidado anual do Net Promoter Score para áreas assistenciais e da Pesquisa de Satisfação Interna para áreas de apoio e administrativas, e a terceira é realizada por meio de auditorias internas com critérios previamente estabelecidos. **Análise crítica dos resultados:** Entre abril de 2021 e junho de 2022 foram capacitados 84 colaboradores e 52 líderes/gestores de todas as áreas do hospital para atuarem como facilitadores do programa. Na primeira rodada de auditoria 34 áreas apresentaram alta performance, 20 em média performance e 4 áreas em baixa performance, após esta rodada, foram realizados 24 planos de ações para melhoria dos processos internos, na segunda rodada 46 áreas do hospital apresentaram alta performance e 12 áreas média performance. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** Com isso, observou-se uma evolução da cultura da qualidade hospitalar, onde os padrões estabelecidos se disseminaram entre as equipes, com maior organização das unidades, otimização dos recursos disponíveis e gerenciamento adequado de materiais e resíduos.

## 26357 - IMPLEMENTAÇÃO DO SAFETY HUDDLE COMO ESTRATÉGIA DE GERENCIAMENTO DE RISCOS EM UMA UNIDADE DE INTERNAÇÃO

ANE KELLY OLIVEIRA DA SILVA - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES – HUOL/EBSERH/RN, BRUNA RAQUEL DE FRANÇA MARINHO - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES – HUOL/EBSERH/RN, CINTIA CAPISTRANO TEIXEIRA ROCHA - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES – HUOL/EBSERH/RN, JULIE HELENE DE XEREZ MIRANDA FELIX - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES – HUOL/EBSERH/RN

**Introdução:** O Safety Huddle é considerado uma estratégia de comunicação e gerenciamento de riscos assistenciais. Ocorre através de reuniões rápidas entre a equipe envolvida na assistência e objetiva identificar problemas relacionados à segurança do paciente, propor soluções e compartilhar informações importantes sobre os pacientes ou serviços a serem desenvolvidos ao longo do plantão. **Objetivos:** Relatar a experiência sobre o processo de implementação do Safety Huddle em um setor de internação como ferramenta para segurança do paciente e boa prática no serviço de saúde. **Descrição da execução:** Foi elaborado um instrumento para registro das informações colhidas durante o Safety Huddle, composto por questões abertas e fechadas que direcionam para pontos críticos inerentes a unidade de internação, perfil dos pacientes e problemas na unidade. A reunião inicia no horário pactuado, uma vez ao dia, às 7:45 da manhã, no posto de enfermagem com a atualização simultânea do quadro assistencial, e duração máxima de 10 minutos com a participação de uma equipe multiprofissional. O fechamento da reunião se dá por meio de anúncios e prioridades para o dia de trabalho. **Análise crítica dos resultados:** Observou-se melhoria na adesão da higiene de mãos, diminuição dos índices de infecções relacionadas à assistência à saúde, redução de perdas de consultas ou realização de exames por falta de preparo adequado. Além de melhoria no dimensionamento de funcionários e resolução de pendências e problemas com maior brevidade. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** A estratégia proporcionou o desenvolvimento da visão sistêmica do processo do cuidado da unidade, comunicação assertiva entre a equipe, foco no desempenho diário e priorização de tarefas no dia de trabalho. Houve melhoria na assistência à saúde, maior efetividade dos protocolos de segurança do paciente, otimização do tempo de internação, fluxos de procedimentos e demandas dos pacientes através da comunicação efetiva entre os profissionais, maior engajamento da equipe multiprofissional e padronização das ações de melhoria.

Descritores: Segurança do Paciente; Gestão de Riscos; Qualidade da Assistência à Saúde.

Existência de financiamentos: Declaramos não haver financiamento, parcerias ou conflitos de interesse.

## 26328 - IMPLEMENTAÇÃO DOS DISPENSÁRIOS ELETRÔNICOS DE MEDICAMENTOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

ALEXANDRA NOGUEIRA MELLO LOPES - HCPA, NATHALIA DUARTE BARD - HCPA, CÉLIA GUZINSKI - HCPA, CIBELE DUARTE PARULLA - HCPA, JANÁINA DA SILVA FLOR - HCPA, NATHALIA ZINN DE SOUZA – HCPA

**Introdução:** Os dispensários eletrônicos de medicamentos (DEM) são dispositivos informatizados que armazenam e dispensam medicamentos através de leitura biométrica do profissional, exigindo a conferência do medicamento retirado através de registro por código de barras, contribuindo com cerca de 60% na redução de erros relacionados ao processo de preparo e administração de fármacos. Assim, o uso do DEM proporciona inúmeros benefícios para a instituição, profissional e pacientes, pois reduzindo erros, auxilia na melhoria da qualidade e segurança dos pacientes. No Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) foi implementado o uso dos DEM no ano de 2016. Com esse dispositivo é possível, a partir dos relatórios fornecidos pelo equipamento, controlar a quantidade de medicamentos dispensados, controle de lote e data de validade, melhorar as práticas de dispensação, avaliar o alcance e a natureza dos erros evitáveis e fortalecer os sistemas de monitoramento para detectar e rastrear esses danos. Sendo assim, essa tecnologia é uma das ferramentas para apoiar a criação de sistemas de uso de medicamentos mais seguros e reduzir os erros relacionados à medicação. **Objetivo:** Relatar a experiência da implementação do DEM e a identificação das falhas nos relatórios fornecidos pelo equipamento. **Análise crítica dos resultados:** Os DEM são conhecidos por suas barreiras de segurança, porém identifica-se na prática três erros relacionados ao processo de dispensação eletrônica de medicamentos: a retirada de item incorreto, o escaneamento múltiplo de um mesmo medicamento e o não escaneamento do medicamento. Inicialmente será realizada a instrumentalização dos enfermeiros para acesso aos relatórios, orientação geral da equipe de enfermagem sobre o objetivo educativo do relatório e ação individualizada nas falhas detectadas. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** Investimentos em tecnologia são efetivamente importantes, porém deve-se melhorar a capacitação das equipes que operam o DEM, para que as pessoas estejam instrumentalizadas e familiarizadas com o processo e evitem erros na retirada de medicação, melhorando assim a segurança do paciente. Os erros além de colocarem em risco os pacientes, resultam em controle incorreto do estoque e perda financeira significativa nas instituições de saúde.



## 26319 - INDICADORES DE QUALIDADE NO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE: EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

ANA CAROLINA BRAZ MOITINHO - HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS – UNICAMP/SP, VITÓRIA RODRIGUES INÁCIO - HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS – UNICAMP/SP, RAÍSSA SOARES MESCHIATTI - HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS – UNICAMP/SP, NILCILENE PINHEIRO SILVA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS – UNICAMP/SP, MARIANA SALHAB DALL' AQUA SCHWELLER - HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS – UNICAMP/SP

**Introdução:** Como órgão responsável por implementar e monitorar ações de segurança do paciente em instituições de saúde, o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) responde diretamente pela ampliação da cultura de segurança em todos os pontos da organização. Monitorar indicadores de qualidade da atuação do NSP, que avaliem a execução de suas ações na organização e fornecem informações aos gestores, proporcionam critérios para incorporação da gestão de desempenho.

**Objetivo:** Evidenciar a implementação de indicadores de monitoramento das ações do NSP e seu acompanhamento a partir da experiência de um hospital universitário. **Método:** As notificações são enviadas ao NSP por meio de um formulário eletrônico e registradas em um banco de dados, onde são acompanhadas até sua conclusão. Os dados foram estratificados e tabulados nas planilhas vinculadas ao formulário eletrônico, obtidos por meio de registros diários realizados manualmente. As variáveis avaliadas são o tipo de evento adverso, e o tempo em dias para cada etapa da notificação, pois desse modo permitiram identificar a produtividade do gerenciamento das notificações. **Resultados:** Obteve-se sete indicadores, sendo um de perfil das notificações e seis de desempenho: perfil da triagem, tempo para envio da notificação, assertividade na classificação da notificação, produtividade e pendências, tempo para resposta ao notificador, tempo de envio da resposta pelo notificado e tempo de conclusão da notificação. **Conclusão:** A implantação dos sete indicadores permitiu ao NSP acompanhar seus processos internos de trabalho e analisar seus dados com base nas metas estabelecidas de tempo para envio e conclusão das notificações, buscando aumentar a credibilidade com o usuário externo por meio de uma análise mensal dos dados gerados e a elaboração do plano de ação com propostas de melhoria. Esta análise também fornece dados que após trabalhados fortalecem a cultura de segurança dentro do hospital.

Existência de financiamento: inexistente.

**26257 - INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS REALIZADAS PELO CLÍNICO EM NEFROLOGIA: DIFERENÇA DE ADEÇÃO ENTRE NOTIFICAÇÃO PESSOAL E REMOTA**

JACQUELINE KOHUT MARTINBIANCHO - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, DOUGLAS NUERNBERG DE MATOS - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

**Introdução:** As intervenções farmacêuticas (IF) têm como objetivo principal resolver problemas relacionados à terapia medicamentosa e são frequentemente realizadas junto à equipe médica. O farmacêutico clínico atuando em uma linha de cuidado de uma especialidade clínica qualifica o cuidado farmacêutico, eleva a segurança do paciente e aumenta a adesão às IF se uma relação próxima e colaborativa é estabelecida, pois mantém boa relação médico-farmacêutico-paciente. As IF com alerta (IF-Com) são realizadas remotamente, a partir do sistema informatizado hospitalar. As IF sem alerta (IF-Sem) são realizadas pessoalmente ou por aplicativo pessoal de mensagem. **Objetivo:** Assim, este estudo visa quantificar e verificar o modo de comunicação entre o farmacêutico e o médico e avaliar se o modo de comunicação interfere na adesão às IF realizadas junto à equipe médica da nefrologia geral e hemodiálise de um hospital de grande porte e alta complexidade na região sul do Brasil. **Metodologia:** No sistema de Aplicativos para Gestão Hospitalar (AGHUse), foram coletados os dados das IF realizadas pelo clínico especialista em nefrologia, no período de março/2021 a abril/2022. No Excel, foi realizado o teste chi-quadrado para avaliação do valor de p. Foi considerado com diferença significativa se  $p < 0,05$ . Aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre: 2019/0408. **Resultados e discussão:** Foram realizadas 694 IF, sendo 60,8% (n=422) IF-Com e 39,2% (n=272) IF-Sem. A adesão da equipe médica foi de 64% (n=270) para as IF-Com e de 80,5% (n=219) para as IF-Sem. Diante do exposto, verifica-se que é relevante o número de IF realizadas por mês, aproximadamente 50, cada uma delas representando uma oportunidade de melhoria na terapia medicamentosa do paciente. Também que, ainda que as IF-Com sejam as mais frequentes, são as IF-Sem as que são mais aceitas ( $p < 0,0001$ ) e as que levam ao ajuste sugerido pelo farmacêutico mais frequentemente. **Conclusões:** Os resultados demonstram que a atuação do farmacêutico lado-a-lado com a equipe médica, atuando colaborativamente, é mais eficaz na resolução de problemas da farmacoterapia do paciente, o que aumenta a segurança do paciente e reafirma a relevância de atuação do farmacêutico clínico em especialidades clínicas, atuando lado-a-lado com a equipe médica.

**26196 - JOGO SALVE A QUALIDADE: METODOLOGIA DE APRENDIZADO PARA COLABORADORES DE UM HOSPITAL DE PORTO ALEGRE**

EDUARDO DA SILVA SCHENINI - HOSPITAL MÃE DE DEUS/RS, DIEGO JUNG DE STUMPFS - HOSPITAL MÃE DE DEUS/RS, NATASHA CORALLES LAPS - HOSPITAL MÃE DE DEUS/RS, KATIA GRIGOLO COSTA - HOSPITAL MÃE DE DEUS/RS, NATHALIA LIMA MEISTER RECH - HOSPITAL MÃE DE DEUS/RS, JULIA DIAS LEDUR ALVES - HOSPITAL MÃE DE DEUS/RS

**Introdução:** Jogos de aprendizagem são metodologias pedagógicas utilizadas no ensino-aprendizagem, sendo incorporadas também nas práticas de andragogia. Com base nestas metodologias, desenvolvemos o Jogo Salve a Qualidade para capacitação de colaboradores em práticas e conceitos de qualidade e segurança do paciente. **Objetivo:** Descrever uma experiência exitosa utilizando metodologia ativa de aprendizagem sobre qualidade e segurança de um Hospital de Porto Alegre. **Descrição da execução:** Jogo baseado em “Escape Room” com a criação de um cenário de ambiente hospitalar no auditório do hospital de março a abril de 2022. No cenário, foram escondidas perguntas referentes às práticas de qualidade e segurança do paciente. Houve inscrição prévia de equipes de colaboradores, sendo a equipe responsável por definir um representante que dominasse práticas e conceitos de qualidade e segurança. No dia da competição, o representante eleito era retirado do cenário e confinado em uma sala anexa ao auditório. A cada rodada do jogo duas equipes se enfrentavam. O desafio era encontrar e responder no menor tempo possível 5 perguntas sobre qualidade e segurança, e assim, “Salvar a Qualidade” que estava confinada e representada pelo colaborador eleito. Era possível solicitar ajuda da plateia em momentos específicos, conforme regras do jogo. Um mestre de cerimônias conduziu a atividade de forma lúdica e teatral e era o responsável pelo controle das regras durante a competição. A equipe da qualidade ficava com o gabarito para esclarecer dúvidas dos participantes com relação às práticas e conceitos. **Análise crítica dos resultados:** A dinâmica proporcionou disseminar conhecimentos sobre qualidade e sobre as metas internacionais de segurança do paciente. Houve grande engajamento de lideranças e suas equipes, mobilização entre os membros para conseguir encontrar perguntas e respondê-las adequadamente, demonstrando também estudo prévio à participação. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** A forma de capacitação diferente da usual, principalmente com interação entre as equipes, fomentou o aprendizado. Foi constatada necessidade de ampliar a disseminação dos conceitos e práticas de qualidade e segurança junto às áreas de apoio e administrativas da instituição.

**26310 - MANEJO FARMACÊUTICO NA UTILIZAÇÃO DA TECNOLOGIA DE OXIGENAÇÃO POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA**

GABRIELA PRISCILA ANUTO - HOSPITAL SAMARITANO PAULISTA, VICKEE ALMEIDA TANFERI - HOSPITAL SAMARITANO PAULISTA, JESSÉ EDUARDO BISPO - HOSPITAL SAMARITANO PAULISTA, NATASHA ANASAWA RODRIGUES - HOSPITAL SAMARITANO PAULISTA, HELGA BISCHOFF - HOSPITAL SAMARITANO PAULISTA

A oxigenação por membrana extracorpórea (ECMO) é uma modalidade terapêutica que fornece suporte ventilatório e/ou hemodinâmico enquanto a doença de base é enfrentada. Seu sistema consiste em uma substituição temporária das funções cardiopulmonares do paciente acessando o sistema vascular através da canulação e bombeamento, onde ocorre a troca gasosa e o retorno do sangue oxigenado para a circulação. Pacientes em âmbito hospitalar em uso de ECMO estão em cuidados de uma equipe multiprofissional. Dentro desses cuidados, podemos citar o farmacêutico clínico atuante, podendo o mesmo ser responsável pela avaliação do nível de sedação/analgesia (RASS), monitorização do paciente, revisão do uso de drogas vasoativas, controle de anticoagulação e TTPA, prevenção de lesões por pressão, além de revisar a infusão de todas as drogas recebidas durante a terapia. Dentre todas as intervenções farmacêuticas, podemos citar as alterações de farmacocinética, onde o volume de preparo do fármaco é alterado devido a hemodiluição, além do circuito de ECMO possuir revestimentos bioativos e biopassivos, aumentando sua biocompatibilidade e reduzindo a trombogênese. Outra característica importante é a respeito do seu revestimento, que é capaz de adsorver fármacos lipofílicos e com ligação a proteínas. Com isso, a biodisponibilidade de alguns medicamentos pode ser reduzida, como no caso do Midazolam, Propofol, Fentanil, Vancomicina e Ceftriaxona. Por tal motivo, é recomendado o acompanhamento rigoroso dos efeitos farmacocinéticos da ECMO pelo farmacêutico clínico, a fim de uma monitorização e intervenções para um tratamento efetivo do paciente. O Hospital Samaritano Paulista iniciou seu programa de ECMO recentemente e no período de janeiro/2021 a julho/2022 houve 9 casos de suporte, com idade média de 42 anos, sendo 3 pacientes do sexo feminino e 6 pacientes do sexo masculino. As intervenções predominantes realizadas pelo farmacêutico clínico foram de ajustes de dose para antimicrobianos, ajustes de dose de Heparina conforme TTPA e desmame de sedação. Esses ajustes são necessários devido as condições clínicas da terapia proposta e contribuem na qualidade do serviço e segurança do paciente hospitalizado.

## 26362 - MAPEAMENTO DE PROCESSO COMO FERRAMENTA TÉCNICA PARA REFORMULAÇÃO DO PROTOCOLO DE DECANULAÇÃO DE PACIENTES INTERNADOS

ANDRÉ RODRIGUES CARVALHO - HU UFPI, JOÃO MARQUES FERREIRA NETO - HU UFPI, PAULO NIXON CARDOSO MONTEIRO - HU UFPI, WHELEN DE SOUSA MOREIRA - HU UFPI, LAÍS SOUSA SANTOS DE ALMEIDA - HU UFPI, LUANA GABRIELLE DE FRANÇA FERREIRA - HU UFPI

**Introdução:** A decanulação visa a diminuição dos riscos e complicações decorrentes da traqueostomia. O uso de protocolos com critérios estabelecidos, colabora para um desmame mais seguro, prevenindo a ocorrência de falhas e complicações, garantindo a integridade e uma assistência mais segura ao paciente. **Objetivo:** Relatar experiência com mapeamento de processo para a reformulação do protocolo multiprofissional de decanulação. **Descrição da execução:** Trata-se de um relato de experiência sobre ações realizadas de mapeamento de processo de decanulação e treinamentos ocorridos nos postos de internação e na UTI de um hospital público da cidade de Teresina-PI em 2021. As ações foram promovidas pela liderança da equipe de reabilitação juntamente com os residentes de fisioterapia durante as práticas de gestão. Iniciou-se com a aplicação junto as equipes de fonoaudiologia e fisioterapia da ferramenta SIPOC para identificação de fornecedores, entradas, processo, saídas e clientes do processo. Foi realizado também brainstorm sobre quais os problemas que afetavam a plena execução do protocolo. Posteriormente os achados foram organizados no diagrama de causa e efeito do não seguimento do protocolo de decanulação, observando-se como causa “pessoal” a insegurança da equipe e falta de comunicação, como causa “processo” a ausência do maior detalhamento do protocolo e da avaliação objetiva da fonoaudiologia, e causa “política” a necessidade de treinamentos e falta de insumos como a cânula tipo shiley e do instrumento peak flow para avaliação da tosse. Após o mapeamento do processo, o protocolo foi atualizado levando em consideração as sugestões da equipe e a literatura da área. Além disso, foram instituídos um check list de decanulação segura, um fluxograma orientador das etapas do processo e os indicadores a serem monitorados (taxa de adesão ao check list e taxa de decanulação). Em seguida, foram realizados treinamentos para a divulgação do protocolo de decanulação, sendo capacitados um total de 58 profissionais médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos e residentes. **Análise crítica dos resultados:** A ação conseguiu abranger várias categorias profissionais que estão envolvidas no processo de decanulação; o mapeamento do processo permitiu uma análise sistêmica do protocolo, um envolvimento coletivo nas discussões e responsabilização na reformulação do protocolo; a intervenção gerou um check list de elegibilidade para a decanulação e um fluxograma que permitem maior segurança ao paciente durante o processo. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** A decanulação é uma intervenção multiprofissional e que deve ser realizada com segurança para que não se tenha eventos adversos. A reformulação do protocolo, a instituição de um check list e fluxograma teve construção coletiva o que poderá facilitar na adesão, além de ser uma ferramenta útil na rotina dos profissionais para a definição do momento mais seguro para a decanulação.

## 26252 - MELHORIA DA QUALIDADE DO ATENDIMENTO A EMERGÊNCIAS EM QUARTEL DO EXÉRCITO NA AMAZÔNIA: EXPERIÊNCIA EXITOSA

JULIANA ALVES AGUIAR DA SILVA COSTA - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, WASHINGTON LUIZ DA COSTA FILHO - EXÉRCITO BRASILEIRO, MARISE REIS DE FREITAS - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

**Introdução:** As condições climáticas adversas, contato com animais peçonhentos e atividades em ambientes hostis oportunizam ocorrência de emergências médicas em militares que atuam na Selva Amazônica. As Seções de Saúde dos Batalhões devem estar aptas a atender militares neste contexto.

**Objetivo:** Relatar a experiência da implementação de um programa educacional em urgências e emergências na Seção de Saúde do 53º Batalhão de Infantaria de Selva no período de março a outubro de 2021.

**Descrição da execução:** A Seção de Saúde do 53º Batalhão de Infantaria de Selva (BIS) atende cerca de 900 militares do Exército em Itaituba (Pará). É composta por três oficiais médicos, dois oficiais odontólogos, seis sargentos de saúde (técnicos de enfermagem), três cabos e 16 soldados. Com o intuito de melhorar a qualidade da assistência aos pacientes, o grupo aplicou as ferramentas brainstorming, grupo nominal e matriz de priorização e identificou a oportunidade de melhoria “capacitação em urgências e emergências”. Foi utilizado Diagrama de Ishikawa para analisar as causas do problema e o grupo optou por realizar um curso teórico-prático como intervenção. Os seguintes temas foram escolhidos de maneira participativa pelos profissionais: reanimação cardiopulmonar; atendimento pré-hospitalar; afogamento; hipotermia; queimaduras; acidentes com animais peçonhentos; rabdomiólise; uso e conservação de equipamentos. As aulas ocorreram em outubro de 2021, com carga horária de 10 horas, na Seção de Saúde. As aulas teóricas foram expositivas e dialogadas, e as práticas foram simulações de casos clínicos e reanimação cardiopulmonar com manequim. Dezoito participantes (sargentos, cabos e soldados) responderam pré-teste e pós-teste idênticos com 20 questões de múltipla escolha. A média de acertos foi 12 questões no pré-teste (60%) e 18 questões no pós-teste (90%).

**Análise crítica dos resultados:** 60% da equipe participou do treinamento. Os temas escolhidos foram relevantes e estão relacionados ao contexto da Selva. A média de acertos entre pré e pós-teste melhorou, contudo, esse dado isolado não assegura retenção do conhecimento. Os profissionais sentiram-se motivados e valorizados com a intervenção. É importante ampliar a intervenção para todo o grupo e repetir a estratégia periodicamente.

**Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** Capacitar os profissionais da Seção de Saúde do 53º BIS em atendimento a emergências é uma iniciativa de baixo custo, factível, reprodutível e pode contribuir para a segurança do paciente e melhoria da assistência aos militares em áreas remotas.

## 26454 - METAS INTERNACIONAIS DE SEGURANÇA DO PACIENTE: RELATO DA IMPLEMENTAÇÃO EM UM HOSPITAL FILANTRÓPICO ONCOLÓGICO

CARLA GRAZIELA CARVALHO MATOS - HOSPITAL DE AMOR, SUSANA MARIA GARCIA DOS REIS - HOSPITAL DE AMOR, CRISTINA PRATA AMENDOLA - HOSPITAL DE AMOR, MARCOS MASSUDA - HOSPITAL DE AMOR, LETÍCIA BONAFIM DE SOUZA - HOSPITAL DE AMOR

**Introdução:** O Programa Nacional de Segurança do Paciente endossado pela Organização Mundial de Saúde preconiza que os serviços de saúde implementem as seis metas internacionais de segurança do paciente<sup>1,2</sup>. **Objetivo:** Implementar as metas internacionais de segurança do paciente de forma institucional em um hospital filantrópico de atendimento ao paciente oncológico. **Descrição da execução:** Entre outubro e dezembro de 2020 foram iniciadas as reuniões para elaboração do plano de ação para implementação das metas, neste plano foi descrita cada atividade, os responsáveis e os prazos que precisariam ser cumpridos durante o ano de 2021. As atividades incluíam: Formação de grupos de trabalhos; elaboração ou atualização de protocolos institucionais relacionados a cada meta; desenvolvimento de um vídeo educativo; elaboração de uma metodologia ativa de treinamento e sensibilização; elaboração do checklist de auditoria; formação de um grupo interdisciplinar de auditores internos que denominamos de Guardiões das Metas. **Análise crítica dos resultados:** As atividades foram realizadas, nos meses: janeiro e fevereiro - Meta 1; março e abril - Meta 2; maio e junho - Meta 3; julho e agosto - Meta 4; setembro e outubro - Meta 5; novembro e dezembro - Meta 6. Ao término das ações foi entregue um link e/ou QR Code para avaliação de aprendizagem e a média de acertos variou de 76,2% a 85,4%, indicando boa absorção do conhecimento pelos colaboradores. As auditorias foram realizadas em diversos departamentos da instituição o percentual de conformidade da meta 01 foi 79,24%; meta 2: 56%; meta 3: 74%; Meta 4: 64,8%; Meta 5: 36,2%; meta 6: 69%. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** A utilização das metodologias ativas nas sensibilizações favoreceu o aprendizado dos colaboradores da instituição. Por meio das auditorias, foi possível identificar os pontos de melhoria para gerar uma maior adesão e disseminação das metas nos departamentos. Ao findar o planejamento anual, observou-se um envolvimento cada vez maior dos colaboradores e principalmente dos líderes da instituição quanto as metas internacionais e a segurança do paciente.

### Referências

1. MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014
2. SILVA, et al. A segurança do paciente em âmbito hospitalar: revisão integrativa da literatura. *Cogitare Enferm.* 2016 v. 21 n. esp: 01-09

**26293 - MONITORAMENTO DE INDICADOR DO FEEDBACK DE NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS EM SAÚDE**

MARIA FERNANDA APARECIDA MOURA DE SOUZA - UFRN, VIVIANE PEIXOTO DOS SANTOS PENNAFORTE - UFRN, ANA ELZA OLIVEIRA DE MENDONÇA - UFRN, THAIZA TEIXEIRA XAVIER NOBRE - UFRN, VILANI MEDEIROS DE ARAÚJO NUNES - UFRN, ÂNGELA ROBERTA LESSA DE ANDRADE - HOSPITAL PELÓPIDAS SILVEIRA/FGH SAÚDE

**Introdução:** O monitoramento de indicadores contribui para a melhoria da assistência à saúde. **Objetivo:** Implementar um indicador de monitoramento do feedback de notificações de eventos em saúde. **Descrição da execução:** No período de maio a dezembro de 2021 foi implementado o indicador de monitoramento de feedback de eventos em saúde em um hospital público no Nordeste do Brasil. Para tanto, considerou-se como numerador o total de eventos com feedback e como denominador o total de eventos recebidos no setor de gerenciamento de risco. As formas de notificação monitoradas foram recebidas de forma eletrônica (QR Code) e escrita, contudo, foram excluídas as notificações sem identificação do profissional, devido a impossibilidade de comunicação. **Análise crítica dos resultados:** No período analisado foram notificados 1.399 eventos, dos quais 61,0% de forma escrita e 39,0% via QR Code. O monitoramento do indicador de feedback via QR Code conferiu agilidade, legibilidade dos dados, possibilidade de inserção da forma de retorno e menor exposição do profissional no momento de recebimento do feedback. Um aspecto negativo da forma de notificação escrita, foi a dificuldade de compreensão das informações, devido à ilegibilidade. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** O sistema QR Code permitiu maior otimização na realização do monitoramento dos feedbacks individuais e possibilitou a inclusão de um campo específico para escolha da forma desejada pelo profissional para o feedback, sendo o envio por e-mail a opção mais escolhida. Mesmo com a possibilidade de notificar o evento via QR Code, a forma manual foi mais utilizada, devendo, portanto, ser mantida por proporcionar uma via alternativa.



**26177 - MONITORAMENTO DO PROTOCOLO DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO: UMA ESTRATÉGIA DE SEGURANÇA**

SAMILLA DA SILVA SEARA COSTA - HOSPITAL CALIXTO MIDLEJ FILHO, JACKELINNE SIMÕES BARBOZA COSTA - HOSPITAL CALIXTO MIDLEJ FILHO, SAMILLE GREICE NASCIMENTO JORGE - HOSPITAL CALIXTO MIDLEJ FILHO, KELI CRISTINA BOMFIM - HOSPITAL CALIXTO MIDLEJ FILHO, NATHALIA TRINDADE SANTA ISABEL VALETE - HOSPITAL CALIXTO MIDLEJ FILHO

O presente relato de experiência tem como objetivo descrever as estratégias criadas para a supervisão da lesão por pressão adquiridas na instituição. A Lesão por pressão (LPP) causa vários transtornos físicos e emocionais ao paciente e a seus familiares, como desconforto, dor e sofrimento, além de aumentar o risco de complicações, mortalidade e custo do tratamento para o sistema de saúde. Dentro dessas perspectivas entendemos a necessidade de monitorar a abertura dessas lesões. Trata-se de relato de experiência de abordagem crítico-reflexiva, acerca do monitoramento do protocolo de prevenção e tratamento de LPP no hospital filantrópico adulto do sul da Bahia, no período de janeiro a março de 2022. Para esse acompanhamento utilizamos a ferramenta painel de indicadores (faz parte do sistema MVSOU), local onde foi criado o bloco Gestão de Protocolos, LPP. A ferramenta traz informações das datas dos protocolos abertos, nome do paciente, risco de desenvolver LPP, início do tratamento, estadiamento da lesão e o número da notificação do evento adverso. Outro método criado de monitoramento foram as notificações inteligentes, para cada protocolo aberto pela área assistencial, um alerta é gerado no e-mail para a enfermeira da segurança do paciente. Nesses três meses a cada alerta recebido e relatório gerado no painel de indicador, a enfermeira responsável, fazia uma auditoria no prontuário do paciente, verificando se as medidas de prevenção que foram adotadas estavam de acordo com a avaliação de risco (BRADEN) e/ou o tratamento para a LPP estava condizente com o protocolo institucional. Durante auditoria também era verificado a notificação do evento adverso, caso a mesma não estivesse lançada, a enfermeira sinalizava a equipe, que fazia a notificação retroativa. No total foram 65 pacientes acompanhados dentro do protocolo de tratamento de LPP. Com essas ações o protocolo de lesão foi fortalecido dentro da instituição, houve o acompanhamento dos desdobramentos das LPPs nos locais com maior incidência, redução da subnotificação e melhor acompanhamento do indicador de incidência de LPP. Entre os desafios encontrados, a dificuldade do treinamento de 100% das equipes e notificações em tempo hábil.

## 26208 - MONITORIA EM TÓPICOS EM SEGURANÇA DO PACIENTE: INOVAÇÃO NO ENSINO PARA UMA ASSISTÊNCIA SEGURA

MARIA EDUARDA ARAÚJO DA SILVA LIMA - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, DANIELLE DE SOUZA ALVES CAVALCANTI - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, IASMIN FREITAS BESSA - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, RENATA MENDES DO NASCIMENTO - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, CRISTIANE RIBEIRO DE MELO LINO - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, CECÍLIA OLÍVIA PARAGUAI DE OLIVEIRA SARAIVA - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

**Introdução:** Atualmente, o processo de formação dos profissionais da área da saúde vem sendo discutido pela necessidade da inserção de conteúdos sobre qualidade em saúde e segurança do paciente. Isto ocorre em virtude da dimensão que o tema tomou, enquanto problema de saúde pública global, uma vez que as falhas relacionadas à segurança representam uma das maiores causas de óbitos em todo o mundo, superando aquelas causadas por doenças crônicas.<sup>1</sup> No Brasil, em consonância com as iniciativas internacionais na área de segurança do paciente, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) deu destaque ao ensino da segurança como um dos eixos de implementação do programa, estabelecendo que as instituições formadoras incluam conteúdos nos currículos de graduação dos cursos, dando ao assunto um caráter de urgência para sua discussão no seio das escolas e universidades.<sup>2</sup> Dessa forma, torna-se um grande desafio para as instituições formadoras superar o paradigma biologicista, centrado na figura do profissional e na patologia como eixo norteador das ações de saúde, para inclusão de aspectos que envolvem a segurança dos pacientes, a prevenção de danos, o trabalho em equipe e a comunicação efetiva. Nessa perspectiva é necessário vislumbrar um ensino que permeie estratégias colaborativas em grupos, que seja contextualizado com as práticas do cotidiano na saúde, que gere reflexão e que seja pautado em preceitos éticos; que gerem estímulo ao aluno para buscar soluções viáveis, seguras e humanas.<sup>3</sup> Inserir o conhecimento teórico e as ferramentas que auxiliam na identificação e gerenciamento de risco alinhadas à situações práticas com intervenções em contextos específicos e complexos pode resultar em implicações positivas na vida pessoal e profissional.<sup>4</sup> Com isso, lança-se a proposta de integrar uma educação que envolva a segurança no cuidado em saúde aos estudantes dos diversos cursos da área da saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, de modo a favorecer o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes para uma assistência segura por meio da oferta do componente curricular Tópicos em Segurança do Paciente, ofertado pelo Departamento de Saúde Coletiva, juntamente com a colaboração de discentes monitores que contribuam na construção de uma cultura de segurança solidificada no período de formação acadêmica. **Objetivo:** Apresentar a experiência da monitoria no componente curricular Tópicos em Segurança do Paciente na melhoria do ensino da segurança para estudantes da área da saúde de uma universidade pública federal. **Descrição da execução:** Tópicos em Segurança do Paciente é um componente curricular optativo, ofertado em módulo pelo Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte para os discentes de cursos de graduação da área da saúde. Possui carga horária total de 30 horas, distribuídas em um encontro semanal no período vespertino. A disciplina aborda os principais tópicos do Guia curricular de segurança do paciente da Organização Mundial da Saúde, com enfoque na implementação de práticas baseadas em evidência para a prevenção de incidentes de segurança. Estrutura-se como um componente multidisciplinar, conduzido por uma equipe de docentes dos Departamentos de Saúde Coletiva, Enfermagem, Nutrição, Infectologia e Cirurgia. A partir de 2022 foi instituído um projeto de ensino para monitoria neste componente. O objetivo da monitoria é integrar o discente monitor ao componente curricular e desenvolver o raciocínio crítico e reflexivo para uma prática assistencial segura, que proporcione uma futura tomada de decisão profissional com vistas à redução de

incidentes e eventos adversos. Foram selecionadas quatro monitoras, acadêmicas do curso de Enfermagem do quinto e oitavo período. Estas foram implicadas nas etapas de planejamento, execução, monitoramento e avaliação do componente curricular. As atividades planejadas e executadas pelas discentes monitoras junto aos docentes incluiu a participação em aulas expositivas-dialogadas; apresentações de casos clínicos; discussões com os alunos; execução de atividades em grupo com foco no uso de ferramentas de comunicação segura e efetiva, além do trabalho em equipe; exposição e análise de vídeos com situações problema; construção de materiais didáticos interativos; construção de cenários reais de simulação e desenvolvimento de roteiros de dramatização. **Análise crítica dos resultados:** A monitoria tem desenvolvido habilidades de integração entre a teoria e a prática, levando os estudantes a refletirem criticamente sobre seu desempenho, individual e coletivo, em um ambiente seguro. As monitoras exercitam como deve ser feita uma boa comunicação e compreendem o seu papel nas relações efetivas da assistência à saúde. A participação das monitoras na organização das aulas permitiu a inserção de atividades metodológicas ativas que facilitaram o aprendizado por parte dos alunos, uma vez que os incentivou a correlacionar a teoria e a prática, além de reforçar a compreensão da importância da inserção do ensino de segurança do paciente na formação de alunos dos cursos de graduação da área da saúde, e contribuiu com o despertar pelo processo de ensino-aprendizagem e iniciação à docência. Ao longo da disciplina, foi demonstrado que errar é humano, porém, existem medidas que podem ser aplicadas para reduzir ao mínimo aceitável a ocorrência desses erros. Com isso, trabalha-se a implementação de práticas de melhoria da qualidade e segurança que levem ao desenvolvimento de uma cultura justa. Enquanto desafios ressalta-se a necessidade de elaboração de atividades dinâmicas focadas não apenas nos aspectos assistenciais, mas também nas temáticas que envolvessem os alunos dos cursos de Gestão Hospitalar e de Saúde Coletiva **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** A vivência dos discentes monitores propiciou aproximação com os alunos por intermédio de tecnologias educacionais para o ensino da segurança do paciente, assim como fomentou o interesse pelo processo de ensino-aprendizagem e pela docência, por meio do incentivo para desenvolver o raciocínio crítico-reflexivo, o exercício de uma comunicação efetiva e oportuna e o uso de ferramentas de gestão de riscos para promover um cuidado seguro. No que se refere às contribuições para a Segurança do Paciente, destaca-se a inserção da temática no ensino superior em diversos contextos de formação de cursos de graduação da área da saúde, além do fortalecimento da interprofissionalidade e do trabalho em equipe entre os estudantes por meio de estratégias de ação proativa.

## 26436 - O USO DA GAMIFICAÇÃO COMO ESTRATÉGIA DE FORTALECIMENTO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

DANIEL FERRAZ VIUDE - HOSPITAL UNIMED ARAÇATUBA, AYAKO UTIMURA SUETA - HOSPITAL UNIMED ARAÇATUBA, LETÍCIA DA CRUZ SANCHES SETOLIN - HOSPITAL UNIMED ARAÇATUBA

**Introdução:** A Cultura de Segurança do Paciente é um componente indispensável para as instituições que buscam qualidade assistencial e possuem foco no cliente. Estimulados pelo avanço de políticas públicas e legislações brasileiras, os serviços de saúde têm buscado estratégias inovadoras para alcançar o fortalecimento da cultura de segurança organizacional. Este trabalho trata-se de um relato de experiência sobre as estratégias utilizadas para o fortalecimento da cultura de segurança do paciente no contexto hospitalar. **Objetivo:** A ação desenvolvida teve o objetivo de fortalecer a cultura de segurança entre os profissionais da saúde utilizando a abordagem de gamificação. **Descrição da execução:** Como ação comemorativa do mês da Segurança do Paciente, foi elaborado um jogo de questionários online composto por perguntas de múltipla escolha para avaliar os conhecimentos dos profissionais sobre as Metas Internacionais de Segurança do Paciente. O acesso às perguntas deu-se por meio de QR Code que foram disponibilizados aos colaboradores através da abordagem in loco dos membros do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP). Foi desenvolvido um balcão itinerante com layout exclusivo para a realização da ação in loco. No final da abordagem, todos os participantes receberam um porta crachá personalizado que contemplava a temática utilizada e um card com as 6 Metas Internacionais de Segurança. As atividades aconteceram no mês de maio de 2022 promovido pelo NSP, envolvendo todos os setores do hospital. **Análise crítica dos resultados:** O uso do modelo de gamificação estruturado em um jogo de questionários permitiu aos participantes refletirem sobre questões relacionadas à segurança assistencial e avaliarem seus conhecimentos sobre o assunto. Além disso, estimulou o esclarecimento de dúvidas entre os participantes e os membros do NSP. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** Promover ações utilizando métodos de gamificação é uma maneira atrativa e viável de orientar e sensibilizar os profissionais da saúde para que promovam a segurança do paciente.

## 26099 - PLANO DE AÇÃO PARA REDUÇÃO DE INCOMPATIBILIDADES NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS: VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO

FABIANA MARQUES DA PAIXÃO - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (UERJ), FLAVIA GIRON CAMERINI - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (UERJ), DANIELLE DE MENDONÇA HENRIQUE - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (UERJ), CINTIA SILVA FASSARELLA - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (UERJ), PRISCILA BRIGOLINI PORFÍRIO FERREIRA - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO (UFRJ), THAYS GEOVANA PACHECO DA SILVA - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (UERJ)

**Introdução:** Dentre os fatores relacionados a terapia medicamentosa que comprometem a segurança do paciente, destaca-se a ocorrência da incompatibilidade medicamentosa (IM), definida como uma reação físico-química que ocorre quando dois ou mais medicamentos incompatíveis entram em contato, podendo ocasionar danos que podem ser de baixa, média ou alta gravidade. Foi observado que a IM é um evento de difícil detecção, ocorrendo de forma amplas nos setores intensivos, há poucos sobre e não existe um documento específico para auxiliar os profissionais a reduzirem sua ocorrência, sendo assim fez-se necessário essa pesquisa. **Objetivos:** Elaborar e validar um plano de ação para redução de incompatibilidades medicamentosas em unidades intensivas. **Método:** Pesquisa metodológica de validação de conteúdo por consenso de especialistas de abordagem quantitativa, desenvolvida no período de junho de 2021 a maio de 2022, onde foi elaborado e validado um plano de ação para posteriormente ser implementado em unidades intensivas. Foram incluídos enfermeiros especialistas no tema, que atingiram no mínimo 5 pontos nos critérios de Fehring e foi calculado o Índice de Validação de Conteúdo (IVC) e a confiabilidade pelo Alfa de Cronbach dos itens do plano. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro sob o número 82001317.8.0000.5259 em 2 de dezembro de 2021. **Resultados:** Foram identificados 221 profissionais, sendo 83 efetivamente contatados durante o período de coleta de dados e 31 responderam ao questionário formulado para avaliação do plano de ação. Dos enfermeiros participantes, 25 atingiram os critérios de Fehring. O procedimento de validação do conteúdo possibilitou captar o parecer dos especialistas em relação ao domínio do assunto estudado e subsidiou a reformulação dos itens propostos. Todos os 5 itens do plano de ação, obtiveram uma pontuação acima de 0,8 no IVC sendo considerados válidos quanto ao seu conteúdo e o cálculo do Alfa de Cronbach teve como resultado 0,75, dito como moderado de acordo com a 268ódigo268e268268. **Conclusão:** A IM é um evento de difícil detecção, acometendo principalmente os pacientes internados em setores intensivos, devido ao 268ódigo268e268268al de medicamentos prescritos e sua condição clínica. Assim, a aplicação de um plano de ação torna-se uma estratégia para reduzir a ocorrência da IM.

## 26198 – PROBLEMAS RELACIONADOS AO USO DE MEDICAMENTOS EM IDOSOS IDENTIFICADOS PELO SERVIÇO DE CONCILIAÇÃO DE MEDICAMENTOS

PAULA CARNEIRO RAMALHO – UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO, ANDREA GRABE GUIMARÃES – UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO, RENATA CRISTINA REZENDE MACEDO DO NASCIMENTO – UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO

**Introdução:** Erros de medicação (EM) decorrentes da falha de comunicação entre profissionais correspondem à causa mais frequente no surgimento de problemas relacionados a medicamentos (PRM). A conciliação de medicamentos (CM) visa a prevenção de EM de discrepâncias da prescrição. **Objetivos:** Avaliar PRM identificados por meio da CM na admissão hospitalar de pacientes idosos, em um hospital de médio porte e avaliar fatores associados a esses problemas. **Metodologia:** Estudo transversal, realizado em um hospital de médio porte de Minas Gerais, no período de março de 2021 a fevereiro de 2022. Foram considerados idosos os pacientes com idade  $\geq 65$  anos. A população de estudo foi caracterizada por dados sociodemográficos, indicadores de saúde, farmacoterapia e análise de discrepância medicamentosa (DM). Polifarmácia foi definida como o uso de cinco medicamentos ou mais, no momento da admissão hospitalar. PRM foi definido como resultados clínicos negativos, derivados do tratamento farmacológico que tem, como consequência, objetivo terapêutico desejado não obtido ou o aparecimento de efeitos indesejáveis, classificados de acordo com o método Dáder (Segundo Consenso de Granada, 1999). As descritivas e estatísticas foram realizadas no Software Stata 13.0, com limiar de significância de 5%. Trabalho aprovado pelo comitê de ética de pesquisa, parecer no 4.845.642. **Resultados:** Dos 215 pacientes atendidos pelo serviço de CM, 131 (61,0%) foram classificados como idosos. Desses, 79 (60,3%) apresentaram ao menos um PRM. A maioria era do sexo feminino (n=66; 50,4%). Houve prevalência de internações em leitos do Sistema Único de Saúde (n=117; 89,3%) e o tempo médio de internação foi de  $8 \pm 6$  dias. Fazer uso de ao menos um Medicamento Potencialmente Inapropriado para Idosos (MPI) foi identificado em 52,8 % dos casos (n=69) e de Medicamentos Potencialmente Perigosos (MPP) em 37,4% (n=49). História de alergia medicamentosa foi observada em 11,5% dos pacientes (n=15). O número médio de medicamentos em uso, no momento da admissão hospitalar, foi de  $7 \pm 3$  medicamentos e a polifarmácia foi identificada em 73,3% dos casos (n=96). As comorbidades mais prevalentes foram Diabetes Mellitus e Hipertensão arterial, sendo observada a presença de no mínimo uma das duas comorbidades em 89,3% dos pacientes (n=117). A ocorrência de ao menos um PRM em idosos foi associada ao uso de pelo menos um MPI (RP: 2,33; IC95% 1,68 – 3,25), apresentar história de alergia medicamentosa (RP:1,48; IC 95% 1,07-2,06), internações por doenças infecciosas e parasitárias (RP:1,52; IC95% 1,16-2,01) e doenças do aparelho circulatório (RP:1,30; IC95% 1,00-1,70). Valores ajustados por sexo. **Conclusão:** O serviço clínico farmacêutico foi capaz de identificar PRM na população idosa e os fatores associados, demonstrando que os idosos são uma população com maior vulnerabilidade para PRM. Com isso, reforça a necessidade de o serviço de conciliação de medicamentos estar inserido na equipe de atendimento individualizado, de qualidade, a fim de garantir maior segurança ao paciente.

**26391 – PROTETOR CUTÂNEO EM SPRAY NA PREVENÇÃO DA RADIODERMATITE EM Pelve: UM ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO**

RAFAEL CELESTINO DA SILVA – UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, FABIANA VERDAN SIMÕES – UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, BEATRIZ GUITTON RENAUD BAPTISTA DE OLIVEIRA – UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, THAMIRIS SILVA E SILVA – UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, CAIO RIBEIRO MUZZI FRANÇA – UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, ALINE ANICETO PIRES – UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

**Introdução:** Dentre as regiões de maior prevalência de radiodermatite, a pelve em pacientes com 270ódigo de canal anal e reto em tratamento radioterápico se destaca, com prevalência nesse local chegando a até 100% dos casos. A severidade da radiodermatite pode ocasionar interrupções temporárias do tratamento, com impactos no prognóstico pelo risco de reduzir índices de cura. **Objetivo:** Analisar a efetividade do protetor cutâneo em spray à base de terpolímero acrílico na prevenção da radiodermatite com descamação úmida nos pacientes com 270ódigo de canal anal e reto em comparação com um hidratante usado na prevenção padrão. **Método:** Ensaio clínico randomizado, aberto, em instituição única, com amostra preliminar de 53 pacientes que foram randomizados nos grupos: experimental, com uso do protetor cutâneo em spray, e controle, usando o hidratante Dnativ Revita Derm. Os pacientes foram acompanhados na consulta de enfermagem e a coleta de dados ocorreu por meio dos formulários de avaliação inicial e subsequente. A escala de avaliação de pele utilizada foi a da Radiation Therapy Oncology Group (RTOG). No processamento dos dados foi utilizado o software R e SPSS versão 23. Para verificar a associação entre incidência de descamação úmida e severidade da radiodermatite nos dois grupos será utilizado o risco 270ódigo270e com erro alfa de 0,10. Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição pesquisada sob Parecer número 5.322.985 e registrado no Clinical Trials sob número: NCT04067310T. **Resultados:** A incidência de descamação úmida na amostra total foi de 79,8%. Dos pacientes do grupo experimental, 41,4% não tiveram descamação úmida, com análise por Intenção de Tratar (p. 0,111). Esse dado foi aproximadamente o dobro em relação ao grupo controle (20,8%). Quanto ao desenvolvimento de graus severos (3 ou 4), o grupo controle teve 45,8% e o grupo experimental 34,5%. As perdas (incontinência fecal, urinária, saída de exsudatos ou sangramentos por via retal ou vaginal) antes de iniciar a radioterapia ocorreram em 84,9% dos pacientes, e as perdas como evento adverso à radioterapia foram de 98,1%, justificando a escolha do produto 270ódigo270e270270 pela sua função protetiva na pele. **Conclusão:** Os dados até então produzidos evidenciam que o protetor cutâneo em spray é um produto promissor na prevenção de 270ódigo270e270270al270is em pelve.

**26266 – QUALIFICAÇÃO DAS NOTIFICAÇÕES DE REAÇÕES ADVERSAS À QUIMIOTERÁPICOS EM PACIENTES AMBULATORIAIS EM HOSPITAL SENTINELA**

ALANA SCHNEIDER BOESING – UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA/UFSM/RS, RÚBIA ANDRIELI SVERSUT – HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA/HUSM/RS, DÉBORA LUIZA DOS SANTOS – HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA/HUSM/RS, CAROLINE ZOTELLE PIASENTIN GIACOMINI – HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA/HUSM/RS, ROOSI ELOIZA BOLZAN ZANON – HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA/HUSM/RS, LUCIANE SILVA RAMOS – HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA/HUSM/RS

**Introdução:** Medicamentos antineoplásicos podem causar reações adversas, cuja incidência e perfil variam conforme características do fármaco e do paciente. As Reações Adversas à Medicamentos (RAMs) implicam negativamente na qualidade de vida e na adesão ao tratamento. Portanto, é importante a notificação de RAMs para a melhoria do suporte ao paciente em terapia antineoplásica (TA). **Objetivo:** Incentivar e qualificar notificações de RAM em pacientes ambulatoriais submetidos à TA, em hospital sentinela do Rio Grande do Sul. **Descrição da execução:** Em 271ódigo de 2021 foi desenvolvido, pela Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente, o formulário eletrônico “NOTIFICA RAM”, 271ódigo271 questionamentos sobre a identificação da RAM, do paciente e notificador. O público-alvo é a equipe do Ambulatório de Quimioterapia. As informações são tratadas com sigilo, respeitando a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais e diretrizes da OMS. Após o recebimento, as notificações são registradas no Sistema Vigilância em Saúde e Gestão de Riscos Assistenciais Hospitalares (Vigihosp) da Rede EBSEH, sendo investigadas e classificadas de acordo com a gravidade e causalidade, e no 271ódigo271 da ANVISA/OMS (VigiMed). Relatórios mensais são elaborados e disponibilizados à equipe envolvida. **Análise crítica dos resultados:** O formulário permitiu agilizar o processo de notificação (tempo médio para o seu preenchimento: 10 minutos), adequando-se à rotina da equipe assistencial, o que tem mitigado subnotificações. Antes da implantação do formulário, de 271ódigo271 a julho de 2021, foram realizadas 14 notificações, com 271ódig mensal (MM) = 2. Após sua implantação, no período de 271ódigo a dezembro de 2021, foram realizadas 15 notificações (MM = 3). De 271ódigo271 a junho de 2022 foram efetuadas 18 notificações (MM= 3). Assim, após a implantação da ferramenta, houve aumento de 50% na MM de notificações. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** A qualificação das notificações, com informações 271ódigo271e271, permitiu a investigação individualizada e detalhada, contribuindo para o melhor entendimento das RAM pela equipe assistencial, bem como o manejo 271ódigo dos pacientes com maior controle dos riscos e desfechos clínicos mais favoráveis.



**25981 – REDE DE APOIO E DIÁLOGO SOBRE IMPACTOS DA CHIKUNGUNYA: RELAÇÃO DIALÓGICA ENTRE CIÊNCIA E SOCIEDADE**

MICHELE MACHADO MEIRELLES DE BARROS – INSTITUTO NACIONAL DE INFECTOLOGIA EVANDRO CHAGAS/FIOCRUZ/RJ, CLARICE SILVA DE SANTANA – INSTITUTO NACIONAL DE INFECTOLOGIA EVANDRO CHAGAS/INSTITUTO OSWALDO CRUZ/FIOCRUZ/RJ, MARIA CRISTINA SOARES GUIMARÃES – INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA EM SAÚDE/FIOCRUZ/RJ, ANDRÉ MACHADO DE SIQUEIRA – INSTITUTO NACIONAL DE INFECTOLOGIA EVANDRO CHAGAS/FIOCRUZ/RJ

**Introdução:** A Rede de Apoio e Diálogo sobre os Impactos da Chikungunya (RADIC) é um desdobramento da Rede de Pesquisa Clínica e Aplicada em Chikungunya (Replick) sendo um espaço de diálogo para pessoas que sofrem com sequelas da chikungunya (CHIK). **Objetivo:** Relatar a experiência de uma roda de conversa (RC) como forma de aproximação entre ciência e sociedade e de reflexão sobre a importância do engajamento em pesquisa clínica (EPC). **Descrição da execução:** A RC aconteceu em 14/10/2021 no Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas/Fiocruz, sendo uma atividade piloto para avaliar a viabilidade da proposta. Um participante da RADIC foi convidado para desenhar com as coordenadoras esta nova proposta baseada no EPC. Esta RC oportunizou o diálogo sobre o conceito de EPC e a importância da participação de todos para sua construção. O participante descreveu seu difícil itinerário até o diagnóstico de CHIK. Ao final desta RC o participante relatou que “Foi gratificante constatar a simplicidade e a dedicação ao trabalho, implícita e ao mesmo tempo evidente, na forma como estou sendo tratado, como se estivesse no mesmo nível. Isso deixa claro que o trato com os demais participantes seja idêntico. Agora torçamos para que no próximo encontro tenhamos a presença de mais gente, com relatos diferentes, opiniões diferentes, assim como ideias e sugestões que sejam úteis para o trabalho de vocês, que tem como objetivo exatamente melhorar a qualidade e a abrangência do serviço de atendimento oferecido pela Fiocruz. Na minha pequenez, quero sempre oferecer o que estiver ao meu alcance para ajudar nesta tarefa”. A segunda RC aconteceu dia 18/11/2021, porém dos 9 participantes convidados somente 1 compareceu. Os demais verbalizaram desejar participar, mas devido compromissos de trabalho não poderiam se fazer presente. **Análise crítica dos resultados:** O objetivo da RC como atividade piloto foi alcançado, pois promoveu o encontro e o diálogo de representantes da pesquisa e da sociedade sobre a importância do EPC. Porém, a segunda RC nos atentou sobre como os determinantes sociais (DS) interferem na participação social. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** Nesta experiência, o trabalho enquanto DS, impactou diretamente na atuação dos participantes, o que nos despertou para as ações propostas a partir dos contextos de vida de quem queremos cuidar, pois assim ampliamos a possibilidade de sua participação em busca de saúde e qualidade de vida.

Financiamento: Processo nº: 421724/2017-0 CNPQ.

**26166 – REDUÇÃO DO TEMPO PORTA ECG: UM DESAFIO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR**

ADRIANO MARTINS DE OLIVEIRA – HOSPITAL CÁRDIO PULMONAR, VANESSA CASTILHO TELES COSTA – HOSPITAL CÁRDIO PULMONAR, HELEN DE ARAÚJO ALVES – HOSPITAL CÁRDIO PULMONAR, THALES ALMEIDA CARVALHO POVOAS – HOSPITAL CÁRDIO PULMONAR, JANAÍNA REGIS LEMOS BARBOSA – HOSPITAL CÁRDIO PULMONAR, LAÍS CRISTINA JUNQUEIRA E ANDRADE – HOSPITAL CÁRDIO PULMONAR

**Introdução:** O Infarto agudo do Miocárdio (IAM) é a principal causa de morte no Brasil e no mundo. A dor torácica é uma das causas mais frequentes de atendimento nas unidades de emergência, correspondendo mais de 5% das visitas nesta unidade. A dor torácica é o principal sintoma em um paciente com Síndrome Coronariana Aguda e para estes pacientes o eletrocardiograma deve ser realizado em até 10 minutos. **Objetivo:** Evidenciar o resultado das ações realizadas após o reconhecimento da baixa adesão ao indicador no setor de Emergência do Hospital Cardio Pulmonar em Salvador-BA. **Descrição da execução:** De 2016 a 2020, era monitorado apenas o Porta ECG para IAMCSST, e em todos os períodos o indicador se manteve dentro da meta estabelecida (<10min). Em 2021, evidenciou-se a importância além da mensuração do Porta ECG de pacientes com IAMCSST, para mensurar a adesão à realização do ECG em todos os pacientes com Dor torácica e como resultado, conseguimos sair de 46% para 95% de adesão, desta forma conseguimos e sustentar a meta, bem como, tivemos melhorias significativas de indicadores secundários como: redução de 10 minutos do tempo entre o fim do atendimento da recepção e o início do atendimento da emergência, redução de 6,5 minutos do tempo entre o fim da emergência e o início do atendimento da emergência, redução do tempo porta emergência de 6,8 minutos, bem como, redução no tempo de permanência do paciente de dor torácica na emergência de 42 minutos. Para o alcance desse resultado, foram realizadas ações como: Instituir técnico gerenciador de fluxo; Capacitação da emergência e das recepções de atendimento; Criação de senha específica para pacientes com dor torácica, Divulgação dos resultados (gestão à vista), bem como, feedback individualizado. **Análise crítica dos resultados:** Com esse projeto foi evidenciado ganho na eficiência operacional, segurança do paciente, maior sinergia entre as equipes gerando melhores resultados. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** Pequenas mudanças geram alto impacto.

**26344 – RELATO DE EXPERIÊNCIA: MELHORIA DA QUALIDADE NO PROCESSO DE ESPERA PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS CIRURGICOS**

JOSÉ FERREIRA LIMA – HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANA BEZERRA – HUAB/UFRN, LUSINETE MARIA DE LIMA – HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANA BEZERRA – HUAB/UFRN, JOSÉ ROBERTO CABRAL – HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANA BEZERRA – HUAB/UFRN, ANDRESSA CRISTINA FERREIRA BRAGA – HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANA BEZERRA – HUAB/UFRN, LAVOISIER FARIAS CORREIA – HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANA BEZERRA – HUAB/UFRN, GLAUCO FRANCISCO DE ARAÚJO SILVA – HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANA BEZERRA – HUAB/UFRN

**Introdução:** Considerando o 274ódigo274e274 tempo de espera no circuito cirúrgico, foi criado um fluxo interno de consultas ambulatoriais. Justificativa: Realizar melhorias para agilizar o pré-operatório com ênfase na qualidade dos processos relacionados ao Circuito Cirúrgico; **Objetivo:** Melhorar o processo relacionado ao Circuito, com 274ódigo de diminuir o tempo de espera para realização dos procedimentos. **Método:** Trata-se de um relato de experiência vivenciado na unidade de regulação assistencial, (URA), do Hospital Universitário Ana Bezerra, (HUAB), que fica localizado em Santa Cruz, interior do Rio Grande do Norte. **Resultados:** Frente ao exposto, criou-se um fluxo de atendimento ambulatorial que facilite o acesso e agilize o tempo de espera na fila cirúrgica, tais como: Coleta de exames laboratoriais e a associação das consultas nas especialidades de cardiologia e anestesiologia, para a mesma data e horário, com intuito de proporcionar maior comodidade, tanto aos pacientes, quanto facilitar a logística dos municípios em relação ao transporte público, para condução dos mesmos da sua região de origem ao hospital. **Conclusão:** Esta experiência de otimizar o fluxo para realização das consultas do circuito evidenciou a importância do 274ódigo274e274274al enfermeiro como gestor e organizador das atividades de trabalho, junto a uma equipe multiprofissional, onde a capacidade de articulação interfere positivamente na qualidade da atenção prestada ao usuário.

**26458 – RONDA DA SEGURANÇA DO PACIENTE: DO PLANEJAMENTO À IMPLANTAÇÃO**

ISABEL M. CANABARRO – HU-UFSC/EBSERH, LUIZITA HENCKEMAIER – HU-UFSC/EBSERH, VANESSA EMERICHE RODRIGUES – HU-UFSC/EBSERH, ELEN CECÍLIA G. MENDES – HU-UFSC/EBSERH, GRACIELE TRENTIN – HU-UFSC/EBSERH

O planejamento e a implantação da Ronda da Segurança do Paciente no Hospital tiveram como objetivo aprimorar a divulgação das informações relacionadas ao monitoramento da taxa de adesão aos protocolos de segurança do paciente: identificação 275ódigo; medicação 275ódigo; prevenção de lesões de pele; prevenção de quedas e 275ódigo275 de mãos e, discutir as dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde que atuam nas unidades de internação hospitalar para o cumprimento dos protocolos e assim, dialogar sobre ideias de mudança, visando à melhoria de processos. Para a estruturação da Ronda foi utilizada a metodologia proposta pelo Institute for Healthcare Improvement (IHI), a qual se tornou conhecida no Hospital durante a participação no Projeto Melhorando a Segurança do Paciente em larga Escala no Brasil, realizada na Unidade de Terapia Intensiva Adulto, durante o período de 275ódigo275 de 2018 a dezembro de 2020. Para o planejamento e implantação, foi utilizada a metodologia do PDSA, das siglas em inglês P =Plan (planejar); D=Do (fazer); S=Study (estudar) e A=Act (agir). A Ronda foi estruturada pelos profissionais da Unidade de Gestão de Riscos Assistenciais (UGRA). A Ronda foi testada por meio do método do PDSA durante a divulgação de indicadores de monitoramento de adesão aos protocolos de segurança do paciente, 275ódigo Unidade de internação de clínica cirúrgica e uma de clínica médica. Antes dos testes, a Ronda foi agendada com o Chefe da Unidade ou o enfermeiro de referência da área. No dia agendado, a equipe da UGRA compareceu na Unidade, reuniu a equipe de plantão e apresentou os indicadores coletados, estimulando a equipe a analisar as possíveis causas de falhas na adesão dos protocolos. Durante os testes, participaram enfermeiros, técnicos de enfermagem, farmacêuticos e 275ódigo275e275. No plano inicial, a Ronda teria cerca de 20 a 30 minutos de duração e seria realizada a cada 2 meses, em cada Unidade. Após aprovação, a Ronda foi implementada, mas passou a durar cerca de 40 minutos, pois foram introduzidas dinâmicas de grupo. Por fim, a implantação da Ronda proporcionou melhoria nos indicadores de adesão à identificação do paciente com pulseira, 275ódigo275 de mãos e prevenção de quedas, contribuindo assim para a manutenção dos protocolos de segurança do paciente.

## 26312 – ROTULAGEM DE MEDICAMENTOS COM CÓDIGO DE CORES PARA EVITAR PERDAS E TROCAS NOS PROCESSOS FARMACÊUTICOS

IAN HAENDEL MENDONÇA GABRIEL – FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA, LUCAS PAULO OLIVEIRA SILVA – FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA, JAMES ALECSANDER DOS SANTOS PADILHA – FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA, LARISSA LEITE PEREIRA DA CRUZ – HOSPITAL DE BASE DR. ARY PINHEIRO DE PORTO VELHO – RO, TATIANE FREITAS DA SILVA ARAUJO – HOSPITAL DE BASE DR. ARY PINHEIRO DE PORTO VELHO – RO, HORACIO TAMADA – FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA, HOSPITAL DE BASE DR. ARY PINHEIRO DE PORTO VELHO – RO

**Introdução:** Métodos para assegurar maior segurança na distribuição e dispensação de medicamentos incluem diferentes formas de assegurar a identificação e diferenciação dos fármacos para evitar a confusão entre os medicamentos, o que impacta diretamente na segurança do paciente. Assim, o presente trabalho busca o processo de rotulagem e identificação com códigos de cores pela farmácia hospitalar do Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro para identificação de determinadas condições associadas às medicações. **Objetivos:** Permitir maior segurança no processo de distribuição dos medicamentos disponíveis na farmácia central do Hospital, bem como garantir melhor controle sobre 276ódigo de alta vigilância e 276ódigo276 perdas desses produtos. **Descrição da execução:** A experiência relatada tem como base a rotulagem feita com códigos de cores pelos funcionários da farmácia hospitalar para identificação de condições associadas às medicações. Todas as 276ódigo utilizadas são dispensadas inicialmente da sua farmácia central, que é a responsável por realizar a marcação dos remédios baseada em algumas categorias. Essa identificação é feita por cores: 276ódigo276e para medicamentos de alta vigilância, preto para medicamentos de controle especial e para reduzir possíveis perdas, amarelo para medicamentos próximos da data de validade. Esse processo foi instituído desde 2016 a partir de uma ação conjunta entre a Farmácia Hospitalar e o Núcleo de Segurança do Paciente do hospital. **Análise crítica dos resultados:** Entre as vantagens observadas nesse tipo de ação é possível destacar o maior monitoramento sobre medicações com 276ódigo276 risco de eventos adversos, prevenindo acidentes por administração equivocada. Outro ponto é a redução de custo por perda de medicações pela data de validade, possibilitando o uso desse recurso em outras ações para qualificação do cuidado. O armazenamento e a estocagem desses materiais vão ser favorecidos por essa ação facilitando o processo de organização e dando celeridade à dispensação e preparação dos mesmos para seu uso. Um ponto 276ódigo276e observado 276ódig ação é a falta de recursos financeiros para realizar essas marcações, sendo a manutenção dessa atividade mantida pelos próprios funcionários do setor. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** Verifica-se que o uso da rotulagem com 276ódigo de cores trouxe como contribuição o controle mais adequado sobre remédios de alta vigilância e uma dispensação mais eficiente das medicações.

### Referência

Ministério da Saúde (BR). Resolução Nº 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338\\_06\\_05\\_2004.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html). Acesso em: 01 jul. 2022.

**26050 - SEGURANÇA DO PACIENTE NA TRANSFERÊNCIA DE CUIDADOS ENTRE UNIDADES**

BEATRIZ ALBUQUERQUE MACHADO - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, FERNANDA DE SOUZA IGNÁCIO GONÇALVES - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, LUANA FERREIRA DE ALMEIDA - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, VANESSA GALDINO DE PAULA - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, ELLEN MÁRCIA PERES - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, HELENA FERRAZ GOMES - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

**Introdução:** Durante a transferência de cuidados entre unidades, a comunicação efetiva visa a passagem de informações entre os profissionais sobre o paciente em transporte. **Objetivo:** Identificar o processo de transferência de cuidados de enfermagem entre unidades. **Método:** Estudo transversal, descritivo, realizado em uma unidade de terapia intensiva de um hospital universitário do Rio de Janeiro, de abril a junho de 2021. Incluídos os enfermeiros atuantes na unidade. Excluídos aqueles de licença no período da coleta de dados. Aplicado questionário com itens relacionados à caracterização dos profissionais, à rotina e ao conhecimento acerca da transferência de cuidados entre unidades. Os dados foram analisados através da estatística descritiva simples. Estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o nº.4.502.941. **Resultados:** Participaram 23 enfermeiros. Destes, 60,9% alegou que são comunicados pelo setor de origem quanto à chegada de um paciente na maioria das vezes, e que sempre o fazem para o setor de destino (86,9%). A maioria (43,5%) afirmou que realiza a transferência de cuidados via telefone, com consulta do registro de enfermagem das últimas 24 horas. Quanto ao recebimento das informações para a chegada do paciente, 47,8% referiram que a obtém por telefone, confirmam verbalmente e registram a informação em prontuário. Quanto à qualidade da comunicação na transferência de cuidados entre unidades de internação no setor, 60,9% a consideraram mediana. **Discussão:** Os dados apontam uma preocupação dos participantes, quando comparados com enfermeiros de outros setores. Esse resultado representa uma não homogeneidade nas ações relacionadas às transferências de cuidados entre unidades, que pode ser compreendida pelo não uso de um instrumento padronizado para este fim, como por exemplo, um checklist. O contato telefônico com consulta do registro das últimas 24 horas, foi o mais referido indo de encontro com os resultados de outra pesquisa que verificou consulta de prontuários por enfermeiros antes de realizar o handover por chamada telefônica ou pessoalmente (TOBIANO et al, 2020). Mesmo que de forma não sistematizada, pode-se dizer que os participantes seguiram algum roteiro para as transferências de cuidados entre unidades. **Conclusão:** A ausência de instrumentos padronizados pode fragilizar o processo de transferência de cuidados entre unidades.

**26264 - SEGURANÇA NA CADEIA MEDICAMENTOSA: IMPLANTAÇÃO DO CARRINHO BEIRA LEITO EM INSTITUIÇÃO DE ALTA COMPLEXIDADE**

MAURA FORTES BRAIBANTE KADER - HOSPITAL SANTO ANTÔNIO/SC, RAFAEL BRANCO BERTUOL - HOSPITAL SANTO ANTÔNIO/SC, LIDIANE MARES DE SOUZA ALBUQUERQUE - HOSPITAL SANTO ANTÔNIO/SC, ANGELICA TAGARRA - HOSPITAL SANTO ANTÔNIO/SC, JULIANE FIAMONCINI DA VEIGA - HOSPITAL SANTO ANTÔNIO/SC

O maior desafio das instituições de saúde é garantir que o plano terapêutico do paciente seja executado de forma segura, principalmente nas etapas da cadeia medicamentosa. No período de fevereiro 2018 a janeiro 2019, através da Gestão de Risco, foram identificadas 1100 incidências, por falha da cadeia medicamentosa. Diante deste cenário, foi elaborado o projeto do carro beira leito a fim de garantir rastreabilidade, qualidade e a segurança em todas as etapas da cadeia medicamentosa, desde a padronização dos materiais e medicamentos até a eficácia do plano terapêutico junto ao paciente. O ciclo da assistência farmacêutica norteou as principais ações realizadas, como a dispensação individualizada nas farmácias satélites, atendido por lotes e entregue a cada 2 horas, totalizando 12 dispensações diárias em um período de 24 horas, com bloqueio de dispensação dos lotes interditados ou vencidos via Sistema. A identificação dos medicamentos se dá por meio de etiquetas com as informações: nome completo do paciente, número do atendimento, leito, medicamento, dose, via de administração, hora da administração, e campo para preenchimento com a data/ horário e responsável pelo preparo. Os alertas no sistema notificam os prescritores sobre interações medicamentosas contraindicadas, recomendações de dose e intervalos usuais conforme validação das prescrições médicas pelo farmacêutico. A implantação do carro beira leito permite conferência pelo código de barras do crachá do profissional, código de barras da pulseira do paciente e da medicação gerado pelo lote no momento da prescrição para o horário em que o profissional irá administrar a medicação em tempo real de forma online através checagem dos medicamentos, e procedimentos realizados beira leito. A prática permitiu mensurar e gerenciar cada etapa do processo em tempo real, assim os desvios na cadeia medicamentosa podem ser corrigidos antes de atingir o paciente. Como resultado da execução do projeto evidenciamos a melhoria na experiência do paciente, que antes era de 2 pontos na escala Net Promoter Score - NPS e após projeto 77 pontos mês, para falha na prescrição médica, antes 15% após 3% ao mês; a falha na dispensação dos medicamentos, antes 45% após 0,3% ao mês; falha na administração do medicamento, antes 40% após Zero ao mês; redução da média de permanência do paciente, antes 5,8 após 3.6 dias; aumento da acuracidade de estoques, antes 85,6% após 99,7% ao mês; prescrições validadas pelo farmacêutico.

## 26360 - SEMANA DA MOBILIZAÇÃO PRECOCE: RELATO DE AÇÕES PARA UMA INTERVENÇÃO SEGURA AO PACIENTE

ANDRÉ RODRIGUES CARVALHO - HU UFPI, JOÃO MARQUES FERREIRA NETO - HU UFPI, ADRIELI RAISSA LIRA RIBEIRO - HU UFPI, MAYLLA SALETE ROCHA SANTOS CHAVES - HU UFPI, LAÍS SOUSA SANTOS DE ALMEIDA - HU UFPI, LUANA GABRIELLE DE FRANÇA FERREIRA - HU UFPI

**Introdução:** A mobilização precoce é uma intervenção com o potencial de melhorar a qualidade dos cuidados, promovendo preservação da funcionalidade e recuperação do paciente. Entretanto, apesar de seus benefícios, a mobilização precoce não é amplamente realizada em UTI. Nesse contexto, ações institucionais de educação em saúde sobre a importância e segurança da mobilização precoce são primordiais para que essa intervenção seja amplamente difundida em ambiente de terapia intensiva. **Objetivos:** Relatar a ação educativa para incentivo à mobilização precoce com ênfase na segurança do paciente. **Descrição da execução:** Trata-se de um relato de experiência sobre ações realizadas pela equipe de fisioterapia, incluindo preceptores e residentes na elaboração e execução de treinamentos multiprofissionais para orientação sobre a mobilização precoce com segurança para pacientes internados em enfermarias e UTI de um hospital público da cidade de Teresina-PI, Brasil, ocorrido em 2021. A iniciativa se deu a partir da necessidade de difundir o conhecimento para a prática de mobilização precoce segura entre as equipes, sendo então elaborado um treinamento com dois momentos. As ações iniciaram com o primeiro treinamento que teve como objetivo a orientação sobre as indicações, contraindicações, barreiras e mitos sobre a mobilização precoce utilizando para isso um dispositivo elaborado tipo crachá destacando de forma ilustrativa os momentos de “siga, pare e atenção” com a mobilização precoce, bem como o uso de painel para dinâmica tipo Quiz. O segundo momento envolveu uma jornada científica com temas sobre o assunto disparador da ação apresentados por experts na temática. Os treinamentos foram realizados nos locais de trabalho dos profissionais. Foram realizadas 15 turmas de treinamento tipo Quiz contemplando um total de 144 profissionais de enfermagem, medicina, fonoaudiologia e fisioterapia, observando-se uma grande participação das equipes e interação das mesmas com os ministrantes. O segundo momento (jornada) contemplou 50 participantes. **Análise crítica dos resultados:** A intervenção conseguiu abranger várias categorias profissionais que podem estar contribuindo com a mobilização do paciente internado; a ação atingiu uma quantidade expressiva de profissionais; foi possível desmitificar os momentos possíveis para a realização da mobilização. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** A mobilização precoce é uma intervenção crucial para os pacientes hospitalizados, mas que deve ser realizada com segurança para que não se tenha eventos adversos. A ação realizada foi a primeira no referido hospital com foco em todos os profissionais envolvidos no cuidado. O dispositivo educativo elaborado foi uma ferramenta útil na rotina dos profissionais, sendo de fácil acesso e uso para definir o momento mais seguro para a mobilização precoce.



**26194 - SENSIBILIZAÇÃO DE PROFISSIONAIS ASSISTENCIAIS PARA HIGIENE DAS MÃOS: ESTRATÉGIA MOBILIZADORA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

YANKA SILVEIRA MARQUES - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA/RS, RUBIA ANDRIELI SVERSUT - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA/RS, MARI ANGELA MENEGHETTI BARATTO - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA/RS, DÉBORA LUIZA DOS SANTOS - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA/RS, ALANA SCHNEIDER BOESING - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA/RS, ANAMARTA SBEGHEN CERVO - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA/RS

**Introdução:** Evidências comprovam que as mãos dos profissionais de saúde constituem o principal vetor de disseminação de microrganismos patogênicos e que higienizá-las contribui significativamente para reduzir a incidência de infecções. Diante disso, a higiene das mãos (HM) nos cinco momentos e a técnica correta, preconizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), são alvo de ações voltadas para melhorar a adesão desta prática rotineira, mas de grande repercussão a nível da assistência. **Objetivo:** Sensibilizar profissionais da saúde sobre a importância da HM para prevenir a disseminação de microrganismos no ambiente hospitalar. **Descrição da execução:** Na semana de 05 a 10 de maio de 2022, realizou-se uma prática educativa sobre a importância da HM relacionada à técnica correta e os momentos de sua execução. Foi realizada em parceria com o Serviço de Controle de Infecção e Setor de Gestão da Qualidade do HUSM, em referência ao dia internacional de HM da OMS. O público-alvo foi a equipe multiprofissional assistencial. Outrossim, houve transmissão de live acerca da técnica correta de HM, elencando os cinco momentos, e elucidação dos tipos e mecanismo de ação dos antissépticos. Houve visita ao bloco cirúrgico, unidades de internação e UTIs. Foi desenvolvido um jogo lúdico sobre o tema, utilizando painéis em lona higienizável, mimetizando os cenários adulto e infantil. Os colaboradores eram orientados a reconhecer os momentos de HM. **Análise crítica dos resultados:** Ao ser realizada esta ação, foi possível evidenciar que os momentos recomendados para HM são identificados pelos profissionais. Entretanto, é notória certa dificuldade na execução fidedigna dos mesmos, quando estes são simulados na prática. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** A equipe responsável protagonizou discussões nas unidades acerca das dificuldades vivenciadas pelos profissionais e da necessidade de melhorias na adesão para a HM na prática. Evidenciou-se a importância do papel individual do profissional na prevenção de transmissão de microrganismos, porém, há necessidade de engajamento coletivo para a real redução das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS). A execução constante desta técnica tende a se tornar um hábito. Concluiu-se que a compreensão sobre este indicador de qualidade na assistência irá possibilitar atuação responsável, qualificada e segura a todos os envolvidos.

**26331 - SERVIÇO HOSPITALAR DE CONCILIAÇÃO DE MEDICAMENTOS: SEGURANÇA DA FARMACOTERAPIA E UMA PERSPECTIVA DE CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL**

BÁRBARA FALASCHI ROMEIRO - FACULDADE DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (FCFRP-USP), ALAN MAICON DE OLIVEIRA - FACULDADE DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (FCFRP-USP), MARILIA SILVEIRA DE ALMEIDA CAMPOS - FACULDADE DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (FCFRP-USP), JOÃO PAULO VILELA RODRIGUES - FACULDADE DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (FCFRP-USP), FABIANA ROSSI VARALLO - FACULDADE DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (FCFRP-USP), LEONARDO RÉGIS LEIRA PEREIRA - FACULDADE DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (FCFRP-USP)

**Introdução:** A evolução da profissão farmacêutica evidenciou a missão do farmacêutico de ser um prestador de cuidados em saúde. Faz-se necessário reformulações na aprendizagem para capacitação voltada aos serviços clínicos farmacêuticos. O cuidado farmacêutico (CF), centrado na pessoa, oferece a conciliação de medicamentos (CM) entre suas estratégias de gerenciamento em saúde. O Terceiro Desafio para Segurança do Paciente objetiva evitar danos advindos da farmacoterapia, e a CM, nas transições de cuidado, é uma das práticas essenciais para atingir essa meta. **Objetivo:** Acompanhar os serviços do CF em um hospital e realizar a CM como método de aprendizagem da prática, bem como avaliar as discrepâncias detectadas na CM nas admissões e altas da geriatria. **Método:** Estudo com duas abordagens: relato de experiência e análise transversal. Uma graduanda em farmácia (Fapesp processo 2022/03404-4) realizou sua iniciação científica acompanhando a prática do CF na enfermaria geriátrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, componente do SUS, e realizando a CM. Foi investigada, via prontuário, paciente e cuidador, a farmacoterapia em uso domiciliar pelos idosos, para obtenção do melhor histórico medicamentoso possível. Foram coletados, via prontuário, os dados necessários para a identificação das discrepâncias (qualquer diferença entre o histórico de uso domiciliar e hospitalar de medicamentos). A CM observava discrepâncias intencionais (decisão médica consciente) e não intencionais (erros de medicação). CAAE: 99298718.1.0000.5403 e 99298718.1.3001.5440. **Resultados:** A prática do serviço trouxe o exercício do conhecimento e do raciocínio clínico. No período de agosto de 2021 a abril de 2022, avaliou-se a internação de 45 idosos (53,3% do sexo masculino; média de idade de 76,7 anos; 68,8% em uso domiciliar de polifarmácia ( $\geq 5$  medicamentos); 77,8% portadores de polimorbidade). Na admissão hospitalar, identificou-se 344 discrepâncias, sendo 342 intencionais (55,8% justificadas pela situação clínica); na alta hospitalar, detectou-se 140 discrepâncias, sendo 36 não intencionais (91,7% omissões nas prescrições). Sugeriu-se correlação entre uso de polifarmácia com a detecção de mais discrepâncias ( $p < 0,001$ ), assim como entre polimorbidade e o total de discrepâncias ( $p = 0,004$ ). Os achados foram levados para discussão nas reuniões multiprofissionais da enfermaria. **Conclusão:** Esta experiência de vida real concluiu o propósito de construção e materialização do saber. Além disso, a CM evidenciou-se como ferramenta estratégica para evitar erros de medicação que poderiam gerar graves danos aos idosos.

## 26183 - SISTEMA DE NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS EM HOSPITAIS PÚBLICOS DA FHEMIG: UMA NOVA PRÁTICA

ÉRIKA CRISTINA FERNANDES CHAMON – FHEMIG/MG

**Introdução:** Eventos adversos (EA) desenvolvidos durante o período de internação hospitalar impactam na qualidade de vida dos pacientes; podem aumentar o tempo de permanência e resultar em custos adicionais para o sistema de saúde. Com o objetivo de mitigar a ocorrência de subnotificação dos EA, foi construído pela equipe de Segurança Assistencial um Sistema de Notificação de Eventos Adversos (SIEAD) informatizado disponível na intranet para a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). **Objetivos:** possibilitar a melhora no processo de notificação, investigação e análise dos dados referente a EA assim, implementar ações que promovam mudanças nas Unidades, com objetivo de reduzir ou eliminar incidentes/eventos semelhantes. **Descrição da execução:** Levantamento de todas as fichas de notificação de EA realizadas manualmente nas Unidades da FHEMIG a partir de 2019. Após essa etapa foi elaborada a “Ficha de Notificação de Incidentes” unificada com os seguintes campos para preenchimento: EA relacionados: a medicamento, Administração de dietas, Dispositivos invasivos, Suporte ventilatório, Procedimento cirúrgico, Exames laboratoriais, à administração de hemocomponentes e a equipamento/material médico. Lesões de pele/mucosa/cartilagem, Queda do paciente, Falhas: Identificação do paciente, Documentação, Procedimento, Incidentes comuns na saúde mental e Outros. Reunido com os Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) das Unidades para sugestões de melhoria; A ficha foi transcrita para o SIEAD (profissional da TI), realizada validação do sistema pela equipe organizadora, capacitação dos NSP quanto a ferramenta, feitas melhorias no sistema de acordo com os apontamentos realizados pelos NSP, ampla divulgação do SIEAD à todas áreas da FHEMIG e estímulo aos NSP quanto a relevância de adesão ao sistema pela equipe. **Análise crítica dos resultados:** Observou-se uma maior segurança dos dados, aumento de notificações e a garantia do anonimato de quem notifica. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** O uso do SIEAD permitiu uma maior notificação dos EA e conhecimento pelos NSP quanto aos EA adversos prevalentes nas áreas assistenciais. Diante disso foi possível a revisão de processos e apoiar o planejamento de ações e o alcance de melhores desfechos.

## 26400 - TECNOLOGIA DE CUIDADO PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM DO FLUSHING NA MANUTENÇÃO DE CATETERES INTRAVENOSOS

GABRIELLA DA SILVA RANGEL RIBEIRO - ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY / UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, RAFAEL CELESTINO DA SILVA - ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY / UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

**Introdução:** A manutenção da permeabilidade do cateter intravenoso é essencial para prevenir danos e garantir a segurança da terapia intravenosa. Dentre os cuidados de enfermagem preconizados para essa manutenção está o flushing, que é a aplicação de solução salina com o objetivo de limpeza/lavagem do cateter. **Objetivo:** Elaborar, a partir da avaliação da prática do flushing, uma tecnologia de cuidado voltada a promover as boas práticas de enfermagem na realização do flushing para a manutenção dos cateteres intravenosos. **Método:** Estudo metodológico, desenvolvido em duas etapas: a primeira, de avaliação da prática do flushing por meio de questionário preenchido por 108 profissionais de enfermagem atuantes em cenários de terapia intensiva na realização da prática do flushing; a segunda, de elaboração de uma ferramenta tecnológica em formato de guia a partir dos dados da primeira etapa e das evidências provenientes das principais diretrizes nacionais e internacionais. Os dados da primeira etapa foram analisados por estatística descritiva. Pesquisa aprovada em Comitê de Ética em Pesquisa da instituição escolhida, sob parecer número 3.461.363. **Resultados:** Quanto aos dados do questionário, 88% dos participantes responderam que efetuam o procedimento do flushing na sua prática, enquanto que 12% não o realizam; 93% descreveram o soro fisiológico 0,9% como a solução de escolha; 49,5% realizam o flushing com a pressão contínua no êmbolo da seringa. No que tange à frequência, apenas 22% referiram que realizam o flushing antes, entre e após a administração de um medicamento. Houve predomínio da utilização do volume e de seringas com calibres de 05 e 10 ml. O guia aborda as principais falhas identificadas da prática do flushing pela equipe de enfermagem e apresenta a sequência de ações para a realização do procedimento em relação ao preparo, volume, frequência e técnica corretas. **Conclusão:** Há erros na realização do flushing pelos profissionais e a tecnologia proposta poderá contribuir para a disseminação das melhores práticas em relação ao flushing como uma barreira frente ao erro de administração dos medicamentos.

## 26424 - TECNOLOGIA DIGITAL EDUCACIONAL EM LIBRAS SOBRE ATENÇÃO À SAÚDE NEONATAL NA PREVENÇÃO DA COVID-19

ALINE NATALIA DOMINGUES - ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, JULIA FERREIRA DA COSTA - ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, DÉBORA FALLEIROS DE MELLO - ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, LUCIANA MARA MONTI FONSECA - ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

**Introdução:** O número de casos de COVID-19 em pacientes pediátricos evoluiu conforme o avanço da pandemia, à menor gravidade e incidência da infecção em crianças contribuiu para a subestimativa da real prevalência da infecção devido à baixa testagem. Quando consideramos a vulnerabilidade da população neonatal diante da pandemia, percebe-se a presença de fatores que vão além da infecção neonatal pela COVID-19 em si. É preciso considerar o aumento do risco de eventos adversos perinatais no caso de infecções maternas, como sofrimento fetal, potencial parto prematuro e dificuldade respiratória pós nascimento. Ressalta-se que as complicações decorrentes da prematuridade são a principal causa de morte neonatal e a segunda principal causa de morte entre as crianças menores de cinco anos. Dentro deste contexto, projeta-se o uso de tecnologias digitais educacionais como estratégias efetivas no processo de ensino-aprendizagem da população, bem como de profissionais de saúde, no que tange a disseminação de orientações e informações de saúde. Destaca-se à estratégia, o uso do infográfico animado como um recurso de comunicação que utiliza elementos visuais aliados a textos verbais reduzidos e objetivos. Salienta-se aqui Política Nacional em Saúde a Pessoa Portadora de Deficiência, que com o intuito de promover a equidade no cuidado e informação em saúde, e vem estimulando à criação, à produção e à distribuição de material educativo e informativo na área da saúde em formatos acessíveis, assim é necessário abordar a segurança do paciente para pessoas com necessidades especiais, como o intuito de ofertar uma comunicação segura. **Objetivo:** Traduzir e realizar avaliação audiovisual de acessibilidade de infográfico animado em LIBRAS sobre prevenção da COVID-19 em recém-nascidos a termo e bebês prematuros. **Método:** Trata-se de uma pesquisa sobre elaboração de um produto educativo para incrementar o processo de ensino-aprendizagem, no qual consistem em ser exploratória, não-experimental, metodológica e com abordagem quantitativa que terá por finalidade a tradução audiovisual de um infográfico animado sobre prevenção da COVID-19 em recém-nascidos e bebês prematuros, visando acessibilidade do acesso à informação em LIBRAS. A avaliação desta tecnologia digital educacional, seguiram as etapas de: 1) Análise da dimensão técnico-científica ou de conteúdo, 2) Análise da dimensão didático ilustrativa ou de comunicação e 3) Análise semântica e/ou adequação ao público alvo. **Resultados:** O levantamento bibliográfico foi realizado através da Scoping Review com um total de 6262 estudos localizados nas bases de dados Medical Literature Analyses and Retrieval System Online, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, The Cochrane Library, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, SCOPUS e Web of Science, porém apenas 35 estudos responderam à pergunta norteadora. Ao final da produção foram desenvolvidas 43 telas para o infográfico. A última versão do infográfico animado possui 8 minutos e 49 segundos, tempo estimado para o repasse de todas as informações necessária com a tradução para LIBRAS. Como um todo, o produto proposto alcançou os critérios preconizados pela metodologia, com valores de IVC de 0,99 na análise da dimensão técnico-científica ou de conteúdo, 0,98 na análise da dimensão didático ilustrativa e 0,96 análise da dimensão didático ilustrativa focalizado na comunicação. **Conclusão:** O presente estudo desenvolveu e avaliou o uso de um infográfico animado como tecnologia digital educacional acessível para a população surda, visando contribuir para a promoção de acessibilidade de conhecimento educativos em saúde frente a COVID-19 no que tange a promoção e prevenção de

saúde do neonato e prematuro. Ainda, com o intuito de otimizar o impacto e o alcance do material educativo produzido, preconiza-se em ações futuras a revisão e ajuste do material, afim de honrar as observações dissertativas realizadas pelos especialistas. Espera-se em estudos futuros realizar a avaliação do produto proposto juntamente para com seu público alvo, ouvintes da língua Portuguesa e falantes da Língua de Sinais.

## 26302 - TIME OUT: ESTRATÉGIA GERENCIAL DE COMUNICAÇÃO EFETIVA EM PROL DO DIMENSIONAMENTO EM UNIDADE DE INTERNAÇÃO

VIVIANE GURGEIRA DE CAMPOS - CAISM UNICAMP/SP, ALMINDA DEL CORSI F DE CAMPOS - CAISM UNICAMP/SP, DALUANA SPERANZA FERREIRA DOS SANTOS - CAISM UNICAMP/SP, LÚCIA HELENA ALVES - CAISM UNICAMP/SP, SIMONE STRANGHETTI JORGE - CAISM UNICAMP/SP, SILVIA PALMACENA DA SILVA - CAISM UNICAMP/SP

**Introdução:** A comunicação efetiva é um dos pilares da segurança do paciente. Problemas envolvendo a comunicação são apontados como fragilidade para a segurança do paciente em nossa instituição, um hospital universitário terciário, focado na saúde de mulheres internadas. Alta taxa de absenteísmo, especificidade do cuidado e oscilação constante da taxa de ocupação, nos levaram a repensar a estratégia utilizada para adequação diária do quadro de pessoal. Centralizada no gerente e levando em consideração apenas o número de pacientes versus número de técnicos, a tomada de decisão além de subjetiva, ineficiente e morosa, era muitas vezes desgastante, pouco transparente e insegura. **Objetivo:** Garantir o melhor dimensionamento de pessoal possível, para o cuidado seguro e de qualidade no serviço de Enfermagem em Unidade de Internação. **Descrição da execução:** Ao início de cada turno, imediatamente após a passagem do plantão, o supervisor de enfermagem e equipe de enfermeiros assistenciais das cinco unidades, se reúnem durante no máximo 20 (vinte) minutos, para apresentação de informações assistenciais relevantes. São considerados, o número de pacientes internados, sua complexidade (Escala de Fugulin), o número de profissionais de enfermagem presentes, suas capacitações e as possíveis restrições laborais. Trata-se de um momento valioso de compartilhamento de informações e tomada de decisões que foi denominado como TIME OUT. **Análise crítica dos resultados:** Destacamos duas melhorias principais: a) redução de 73% do tempo de discussão e definição do melhor dimensionamento possível, b) envolvimento do enfermeiro na tomada de decisão, como detentor das informações chaves e protagonista do cuidado seguro. Dentre as dificuldades encontradas, elencamos: resistência da equipe frente ao novo processo de trabalho, dificuldade no desdobramento das decisões para a equipe técnica local, recusa em participar do processo, necessidade de reabordagens sobre o objetivo da realização do Time Out. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** Necessidade de envolvimento da equipe assistencial nas resoluções gerenciais e persistência para implantar inovações. Sob a ótica da segurança do paciente, tivemos grande avanço na uniformização de informações e de visão sistêmica organizacional.

**26339 - USO DA FERRAMENTA DE CONCILIAÇÃO DE MEDICAMENTOS EM UM INSTITUTO PEDIÁTRICO NO RIO DE JANEIRO**

GRAÇA - IFF/FIOCRUZ/RJ, ESTAL - IFF/FIOCRUZ/RJ, SILVA - IFF/FIOCRUZ/RJ, PEREIRA - IFF/FIOCRUZ/RJ, BRAGANÇA - IFF/FIOCRUZ/RJ, SANTOS - IFF/FIOCRUZ/RJ

**Introdução:** Os pacientes pediátricos são mais suscetíveis a erros de medicação, em decorrência da falta de estudos quanto à segurança e eficácia de medicamentos. A conciliação de medicamentos é uma das ferramentas voltadas para a segurança do paciente. Ela é um processo formal, que objetiva criar uma lista precisa e completa dos medicamentos em uso pelo paciente anterior e compará-la com a prescrição posterior das transições de cuidado. Seu uso permite a prevenção de erros de medicação. **Objetivo:** Descrever o uso da ferramenta de conciliação de medicamentos em um instituto nacional pediátrico no estado do Rio de Janeiro. **Descrição da execução:** Realizou-se o processo de conciliação de medicamentos no período de janeiro e maio de 2022, na admissão hospitalar e transferência interna, em cinco unidades pediátricas, de segunda à sexta-feira, em um instituto de referência de ensino e pesquisa materno-infantil, localizado no estado do Rio de Janeiro. Pela manhã, obteve-se o relatório dos pacientes internados nas últimas 24 horas e em seguida realizou-se a entrevista com o acompanhante, utilizando um processo e instrumento validado. Em seguida, comparou-se com a prescrição posterior da transição de cuidado e, em caso de discrepâncias, entrou-se em contato com o médico responsável, para classificá-las. **Análise crítica dos resultados:** Realizou-se 161 conciliações de medicamentos na admissão e 163 conciliações de medicamentos de transferências internas, que correspondem respectivamente a 64% das admissões e 66% das transferências internas. Identificou-se que 64% das conciliações continham alguma discrepância que foram classificadas da seguinte forma: 31% intencionais, 30% intencionais não documentadas e 3% não intencionais. Em relação às não intencionais, os médicos modificaram o medicamento em 39% vezes, que é subnotificado e precisa ser melhorado. Identificou-se a omissão 54% como principal discrepância na admissão hospitalar e ação 55% nas transferências internas. Em 53% das vezes a conciliação de medicamentos ocorreu em até 24 horas após a transição do cuidado e os motivos mais recorrentes para sua não realização, foram: o isolamento de contato do paciente, a ausência do acompanhante e as transições durante finais de semana e feriados. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** A atuação do farmacêutico na conciliação de medicamentos é uma ferramenta potente na prevenção de erros de medicação.



**26398 - USO DA FILOSOFIA LEAN HEALTHCARE NA EFICIÊNCIA DO PROTOCOLO DO PACIENTE COM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO**

VANILDES DE FÁTIMA FERNANDES - SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PASSOS/MG, PRISCILA FREITAS DAS NEVES GONÇALVES - SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PASSOS/MG, PAULO PRADO DE VASCONCELOS - SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PASSOS/MG, ADRIANA HELOÍSA DA SILVA - SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PASSOS/MG, JEAN KARLO ARANTES - SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PASSOS/MG, KELLEN CRISTINA DE ALMEIDA SILVA - SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PASSOS/MG

A disseminação do conhecimento é essencial para desenvolver pessoas e criar capacidade de serem agentes transformadores de mudanças e soluções para excelência em qualidade e segurança nos processos de saúde. A filosofia Lean funciona como uma ferramenta de mudança de mentalidade, capaz de implementar uma cultura de melhoria contínua baseada na cooperação mútua e na rotina de aprendizagem constante para um objetivo comum: a satisfação dos pacientes e dos cuidadores. O objetivo da pesquisa é analisar as implicações da filosofia Lean Healthcare sobre a eficiência do Protocolo direcionado ao paciente com acidente vascular encefálico isquêmico (AVCI) admitidos em um hospital geral. O desenvolvimento do projeto foi pelo método DMAIC, com duração de 6 meses, correspondendo ao período de dezembro de 2021 até junho de 2022. Todas as etapas do método foram baseadas e suportadas por ferramentas e técnicas, que permitiram obter melhorias mais sustentáveis. O projeto foi executado por uma equipe multiprofissional composta por Médicos Neurologista e Infectologista, Enfermeiros, Assistente Social, Fonoaudióloga, Fisioterapeuta e Administrador, com reuniões semanais para discussão dos indicadores e elaboração de propostas de melhorias. Realizada capacitação da região referente ao Protocolo AVC, inauguração de uma unidade AVC e revisão dos indicadores de monitoramento com análise crítica. Evidenciou-se, nos resultados, que a metodologia Lean Healthcare no mapeamento do paciente com AVCI trouxe como efeitos: qualificação dos leitos AVC e da equipe com criação de um time exclusivo para atendimento à unidade; diminuição do tempo de permanência de 24 dias para 6 dias; Aumento do percentual de pacientes que chegam com tempo de trombólise; aumento da adesão ao trombolítico com consequente aumento dos pacientes com Ranking 0-2 na alta; diminuição da média de tempo portado de 79 minutos para 39 minutos; redução das complicações clínicas com diminuição considerável dos pacientes que eram encaminhados para tratamento intensivo devido piora clínica. Concluiu-se que a experiência de implantação da filosofia Lean Healthcare, no atendimento aos pacientes com diagnóstico de AVC de um hospital geral, trouxe ganhos de qualidade e segurança para a realização da assistência e implicou a melhoria da eficiência do Protocolo de AVC.

**26137 - USO DA TECNOLOGIA COMO FERRAMENTA PARA NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES: RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA EXITOSA**

MICHELLE DE MENEZES FREIRE - PREVISE CONSULTORIA E SERVIÇOS/RJ, DOUGLAS DIAS DUARTE - PREVISE CONSULTORIA E SERVIÇOS/RJ, GABRIEL CÍCERO ARAÚJO SILVA - PREVISE CONSULTORIA E SERVIÇOS/RJ, ERIC GUSTAVO RAMOS ALMEIDA - PREVISE CONSULTORIA E SERVIÇOS/RJ, FERNANDA LAXE MARCONDES - PREVISE CONSULTORIA E SERVIÇOS/RJ

**Introdução:** A notificação de Evento Adversos – EA de acordo com a RDC nº. 36/2013 todos os incidentes com danos ou EAs ocorridos em serviços de saúde devem ser notificados ao SNVS.

**Objetivo:** Relatar a experiência do uso de tecnologias para estimular a adesão dos profissionais à notificação de incidentes no serviço de saúde. **Descrição da execução:** Pesquisa do tipo relato de experiência sobre a revisão do processo de notificação de incidentes por meio do uso de tecnologias facilitadoras em um hospital privado, de médio porte, no Rio de Janeiro, no ano de 2022. Após notarmos a tímida aderência ao formulário físico para a notificação de EA, nas reuniões de gestão dos serviços foi compreendido que seria necessário irmos além para que conseguíssemos atingir nosso objetivo de aumentar as intenções de notificar os EA. O instrumento foi elaborado no ano de 2022 a ferramenta utilizada, a fim de, transformar a adesão dos profissionais de saúde no que tange as notificações de evento adverso foi a elaboração de um link com os passos para notificar o evento, utilizando a ferramenta disponibilizada pelo Google de forma gratuita, formulário do google (forms). Os passos para que seja realizada as notificações foram baseados na ficha de notificação de evento adverso implementada na instituição de saúde em questão, são os seguintes dados: Setor da ocorrência do incidente; Data da ocorrência do incidente; Identificação paciente (nome completo, leito, quarto, prontuário e data de nascimento.); Descrição do incidente; Data da notificação e ao final Nome do profissional notificante de forma opcional. Para a implementação do link de notificação de EA, foi necessária a inserção da comunicação desse novo fluxo no cronograma de educação permanente da unidade, gerando a elaboração e implementação de sensibilizações e dinâmicas para atingirmos o objetivo proposto que era a adesão dos profissionais ao link e o principal o aumento das notificações de evento adverso, além disso, disponibilizamos os links nos grupos de trabalho com a gestão e líderes dos serviços e QRcodes foram dispostos nos ambientes de trabalho. **Análise crítica dos resultados:** A aplicação do instrumento contribuiu para um aumento das notificações de EA após a adesão ao link, contribuindo assim para uma cultura de segurança do paciente dentro da instituição de saúde.

## 26451 - USO DE INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL NA PREVENÇÃO DA SEPSE EM PACIENTES DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

EUNI DE OLIVEIRA CAVALCANTI - CENTRO UNIVERSITÁRIO EURO AMERICANO/BRASÍLIA, NICOLLE MESQUITA PINHEIRO DE OLIVEIRA - CENTRO UNIVERSITÁRIO EURO AMERICANO/BRASÍLIA, STEFFANY SILVA SOBRINHO - CENTRO UNIVERSITÁRIO EURO AMERICANO/BRASÍLIA, LORENA CAMPOS SANTOS - CENTRO UNIVERSITÁRIO UNILS/BRASÍLIA

**Introdução:** A sepse é uma complexa síndrome clínica que consiste na resposta inflamatória sistêmica do organismo à uma infecção. Apesar de protocolos definidos para o tratamento da sepse, identificar a síndrome precocemente é um desafio enfrentado por profissionais de saúde, pois, sem a detecção no início de seu curso, pode ocorrer a evolução para choque séptico, falência de múltiplos órgãos e óbito. Portanto, temos a seguinte questão norteadora baseada no método PICO: Como a implementação de tecnologias de inteligência artificial pode auxiliar na prevenção da sepse em pacientes de unidade de terapia intensiva? **Objetivo:** Identificar o impacto da inteligência artificial no manejo da sepse em pacientes de unidade de terapia intensiva. **Método:** Revisão integrativa da literatura com abordagem qualitativa; a busca dos artigos foi efetuada nas bases de dados LILACS, MEDLINE, PUBMED e Scielo, a partir dos descritores: artificial intelligence, machine learning, sepsis e intensive care unit. **Resultados:** foram selecionados 11 artigos, apresentados por meio do fluxograma PRISMA e tabela; a partir destes, foram analisados pelo método de Bardin e organizados nas seguintes categorias: as vantagens do uso de algoritmos de aprendizado de máquina e a contribuição dos algoritmos para o enfermeiro intensivista. **Discussão:** No contexto da utilização de algoritmos de aprendizado de máquina, os enfermeiros participam do processo de forma ativa, por exemplo: ao trabalhar junto com desenvolvedores e responsáveis pela implementação do sistema, auxiliando na seleção de profissionais que receberão os alertas emitidos em casos de risco e inserindo dados de sinais vitais nos registros eletrônicos. **Conclusão:** Com o objetivo de auxiliar na detecção precoce da sepse e, conseqüentemente, na tomada de decisões, a aplicação da inteligência artificial por meio de algoritmos de aprendizado de máquina surge como uma inovação tecnológica com potencial de melhorias para os profissionais intensivistas e também para os pacientes.

**26322 - USO DO CURATIVO A VÁCUO EM FERIDA COLONIZADA POR KLEBSIELLA AEROGENES EM PACIENTE PÓS-COVID-19**

MATHEUS SALLYS OLIVEIRA SILVA - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ, SHEILA MARA BEZERRA DE OLIVEIRA - HOSPITAL REGIONAL DO BAIXO AMAZONAS, JANETE DOS REIS BEZERRA AGUIAR - HOSPITAL REGIONAL DO BAIXO AMAZONAS, CAMILA CARDOSO BARRAL - HOSPITAL REGIONAL DO BAIXO AMAZONAS, DOMICIO BATISTA FARIAS JUNIOR - HOSPITAL REGIONAL DO BAIXO AMAZONAS

**Introdução:** Atualmente os serviços de saúde lutam contra as sequelas deixadas pela pandemia do novo coronavírus, dentre elas, destacam-se as lesões de pele, presentes em pacientes que precisaram de suporte intensivo por longos períodos. **Objetivos:** Descrever os resultados da realização de curativo a vácuo no tratamento de lesão por pressão colonizada por Klebsiella aerogenes em um paciente pós-covid. **Descrição da execução:** Trata-se de um estudo de abordagem descritiva do tipo relato de caso, realizado em um hospital de referência no interior do estado do Pará. A amostra foi composta por um cliente previamente acometido pela COVID-19 que necessitou de cuidados intensivos por 25 dias e adquiriu lesão por pressão de grandes dimensões em região escapular esquerda com exposição óssea que foi colonizada por bactéria multirresistente (MDR). O tratamento adjuvante indicado para acelerar o processo de cicatrização e atenuar os indicadores infecção por MDR foi o curativo a vácuo. **Análise crítica dos resultados:** A lesão por pressão era de estágio 4 em região escapular, extensa, e em seu leito encontravam-se tecido desvitalizado. Ferida cavitária, exsudato serossanguinolento em grande quantidade com odor fétido, bordas irregulares, pele perilesional com sinais de hipertrofia. Foram realizados curativos com a técnica a vácuo até a alta hospitalar. Após, foi dado início à utilização de placa de alginato no ambulatório do hospital, e em poucos meses a lesão apresentou significativa diminuição. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** Observou-se a eficácia do uso do curativo a vácuo no tratamento de lesão por pressão colonizada por MDR no paciente do estudo com COVID-19. O emprego do curativo a vácuo no tratamento de feridas colonizadas por MDR com aspectos necrótico, se mostra como uma alternativa viável e com resultados satisfatórios no que diz respeito à preparação das feridas para seu fechamento definitivo.

## 26411 - USO DO KAMISHIBAI PARA PREVENÇÃO DE INFECÇÃO PRIMÁRIA DA CORRENTE SANGUÍNEA (IPCS) EM UNIDADE DE INTERNAÇÃO NO RIO DE JANEIRO

LETICIA JANOTTI – HCJ/RJ, ROIBERTA E S CORREIA – HCJ/RJ, KEZIA SILVA A FORNELOS – HCJ/RJ, GABRIELA P B DA SILVA – HCJ/RJ

**Introdução:** As infecções associadas à assistência à saúde (IRAS) são um grande problema da atualidade, no que tange a alta morbi-mortalidade, custo e tempo de permanência do paciente no ambiente hospitalar. **Objetivo:** O objetivo do estudo é relatar a experiência em nosso hospital da implantação do uso de cartões para vigilância de processo de manutenção de cateter venoso central na unidade de internação de hospital privado no Rio de Janeiro. **Metodologia:** Projeto de melhoria através da ferramenta kamishibai, na unidade de internação de clínica médica. Foram realizados treinamentos e formação de time baseado no diagrama direcionador com quatro pacotes de medidas, aferidos inicialmente em um paciente, e após, em todos os pacientes portadores de cateter venoso central. Toda equipe multiprofissional participou do processo. **Resultados:** O estudo iniciou-se em março de 2022. A densidade de incidência acumulada na unidade de internação, reduziu de 2,62, em 2021, para 1,72, até junho de 2022. **Conclusão:** A utilização da ferramenta kamishibai permitiu o envolvimento de toda equipe assistencial, através da visualização direta das medidas de prevenção, permitindo ações dinâmicas, com sensibilização da equipe e melhoria dos processos de vigilância para prevenção das IRAS.

## 25993 - UTILIZAÇÃO DO INSTRUMENTO QUALIPRESC PARA MONITORAMENTO DA QUALIDADE DA ESCRITA DA PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS

ALMÁRIA MARIZ BATISTA - ESCOLA MULTICAMPI DE CIÊNCIAS MÉDICAS / GRUPO DE PESQUISA QUALIDADE EM SERVIÇOS DE SAÚDE (QUALISAÚDE)/UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, ZENEWTON ANDRÉ DA SILVA GAMA - DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA / GRUPO DE PESQUISA QUALIDADE EM SERVIÇOS DE SAÚDE (QUALISAÚDE)/UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, DYEGO LEANDRO BEZERRA DE SOUZA - DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA/UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

**Introdução:** Erros de medicação constituem o incidente de segurança mais prevalente no âmbito da atenção primária. Neste contexto, o QualiPresc é um instrumento desenvolvido e validado para preencher a lacuna de conhecimento de indicadores válidos, confiáveis e úteis para avaliar a qualidade da escrita da prescrição de medicamentos na atenção primária. **Objetivos:** Descrever o instrumento QualiPresc e a experiência de sua aplicação em um contexto de atenção primária. **Descrição da execução:** O QualiPresc é uma planilha em formato XLSM com 14 indicadores de qualidade, sendo 13 simples e 1 composto, que envolve informações de usuário, prescritor e medicamentos prescritos. Facilita a coleta de dados e análise por meio gráficos de tendência que são calculados automaticamente conforme o preenchimento da planilha. Atualmente, está disponível na homepage do grupo de pesquisa QualiSaúde (<https://www.qualisaude.org/inovacao>). O instrumento já foi testado no contexto da atenção primária de Caicó-RN, em que foram constatadas oportunidades de melhoria da qualidade da prescrição de medicamentos. Isto suscitou o atual processo de tratativa para apresentação do QualiPresc ao Núcleo Docente Estruturante do Curso de Medicina da Escola Multicampi de Ciências Médicas, vinculada à Universidade Federal do Rio Grande do Norte, para avaliação de desempenho dos graduandos. **Análise crítica dos resultados:** Os indicadores com menor prevalência de conformidade foram “registro de relato de alergia” (0,0%), “recomendações não farmacológicas” (1,3%), “data de nascimento do paciente” (2,9%) e “orientações sobre uso do medicamento” (26,7%). É necessário ampliar a aplicação do QualiPresc para além do município de Caicó-RN e para além do contexto da atenção primária. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** O QualiPresc pode contribuir para que gestores, educadores, profissionais de saúde e pesquisadores possam avaliar e monitorar o desempenho de profissionais médicos e graduandos em Medicina quanto ao processo de estruturação da escrita do documento prescrição no contexto da atenção primária. Além disso, pode contribuir, particularmente, para melhor qualificação e maior efetividade das ações de gerenciamento de risco dos Núcleos de Segurança do Paciente municipais.

## 26238 - UTILIZAÇÃO DO KAMISHIBAI NA GESTÃO DIÁRIA DA PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA

LUCIANA APARECIDA COSTA CARVALHO - HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNICAMP/SP, MARIANA SALHAB DALL AQUA SCHWELLER - HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNICAMP/SP, ROBERTA AOKI - HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNICAMP/SP, JULIANA FURLAN RAVAGNANI - HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNICAMP/SP, ANA LÚCIA DA SILVA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNICAMP/SP, ANDREA DEVIDS NASCIMENTO - HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNICAMP/SP

**Introdução:** O Kamishibai é uma ferramenta que pode viabilizar a auditoria diária do cuidado ao paciente, possibilitando identificação de problemas, planejamento de melhorias de processos e resultados. A ferramenta é composta por um quadro que permanece na unidade de trabalho, ilustrando os resultados diários do cuidado, proporcionando identificação de oportunidades de melhoria e conformidades do processo avaliado. Na Unidade de Terapia Intensiva, a pneumonia associada à ventilação mecânica é uma das principais infecções relacionadas à assistência à saúde, com mortalidade variável ente 20% a 60%, dessa forma, torna-se de extrema relevância a utilização de ferramentas que auxiliem sua gestão. **Objetivo:** Implantar a ferramenta Kamishibai na gestão da prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica em uma unidade de terapia intensiva. **Descrição da execução:** Na unidade de terapia intensiva do Hospital de Clínicas da Unicamp, durante o mês de abril de 2022, foi elaborado um quadro com cartões referentes a cada cuidado essencial na prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica. Os cartões continham a descrição de diversos itens a serem alcançados, ambos com a versão em vermelho e verde, quando um deles não foi assinalado positivamente, o cartão foi posicionado no quadro virado do lado vermelho. Dessa forma, foi possível identificar visualmente os cuidados essenciais oferecidos diariamente. Ao final de cada semana, os dados foram analisados, proporcionando identificação de oportunidades de melhoria, como a higiene oral. O preenchimento diário da ferramenta foi realizado pela equipe assistencial, após apresentação de sua importância por meio de abordagem individual dos colaboradores. **Análise crítica dos resultados:** A implantação da ferramenta possibilitou o envolvimento da equipe para os principais cuidados referentes a prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica, facilitou a atuação multiprofissional do tema e a identificação dos principais processos a serem priorizados na unidade. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** A ferramenta possibilitou auditoria diária dos cuidados essenciais para prevenção de uma importante infecção relacionada à assistência à saúde, planejamento e intervenções específicas sobre o tema, direcionando e priorizando recursos, contribuindo para qualidade da assistência à Saúde.

## 26156 - VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DE UM INSTRUMENTO PARA AUDITORIA CLÍNICA DE PRONTUÁRIOS

CARLA SIMPLICIO - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS/SP, ARIANE POLIDORO DINI - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS/SP

**Introdução:** A auditoria clínica deve ser parte do sistema de gestão da qualidade. Envolve os critérios de grande volume, grande risco, alto custo na escolha dos casos quando pertinentes, envolver o usuário/paciente na avaliação da assistência prestada, além de ser uma atividade multidisciplinar com o objetivo de avaliar os processos e resultados instituídos. A auditoria e o feedback são reconhecidos como parte de uma estratégia para melhorar o desempenho e apoiar a segurança do paciente nas instituições de saúde. Diante da busca realizada sobre o tema, tanto nacional quanto internacionalmente, pode-se observar que até o momento não se tem conhecimento da existência de algum instrumento validado para realizar auditoria clínica. Dessa forma, a construção e validação de uma ferramenta que sirva para esse fim poderá ser fundamental e facilitador no processo de análise dos prontuários nas organizações de saúde, melhorando a qualidade dos processos e auxiliando a criação de planos de ação que busquem barreiras para evitar a recorrência de erros. **Objetivo:** Construir e validar o conteúdo de um instrumento para a realização de auditoria clínica de prontuários de pacientes hospitalizados. **Método:** Trata-se de estudo metodológico, constituído por três etapas: na primeira, foi realizada a construção do instrumento por levantamento bibliográfico e benchmarking; na segunda, foi realizada a validação de conteúdo pela técnica Delphi; e, por último, foi realizado o procedimento de coleta de dados com aplicação e análise descritiva em uma amostra de 200 prontuários. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), recebendo parecer favorável nº 4.218.553. **Resultados:** O instrumento construído foi embasado em referenciais teóricos para a segurança do paciente e a cada item de avaliação foi possibilitada a análise da qualidade da informação de forma graduada. Após duas etapas da técnica Delphi, o instrumento de Auditoria Clínica de Prontuário ficou composto por 11 domínios e um total de 52 itens. Para cada domínio foi validada uma escala graduada com valor numérico de um a quatro pontos, refletindo a qualidade do preenchimento. **Discussão:** A construção do instrumento foi embasada em referenciais teóricos sobre a temática da segurança do paciente e em benchmarking. Com a utilização dos referenciais teóricos adotados, agregados ao benchmarking, o instrumento construído possibilita a auditoria clínica com referenciais de vanguarda para analisar processos e práticas interdisciplinares que garantam a qualidade do atendimento em instituições de saúde, comprometidos com a melhoria contínua. Na construção do instrumento foi considerado um instrumento para auditar prontuários de pacientes que permaneceram minimamente três dias hospitalizados. Além disso, foi criado critérios de elegibilidade para avaliação do prontuário, como: pacientes que passaram por diferentes linhas de cuidado (emergência, Unidade de Terapia Intensiva, Centro Cirúrgico, Unidades de internação); pacientes  $\geq 60$  anos com múltiplas comorbidades; e pacientes eleitos para os protocolos gerenciados (sepse, dor torácica, AVC e/ou cuidados paliativos). Os critérios de elegibilidade considerados são justificados pela complexidade do cuidado que esse perfil de paciente crítico/grave requer. Pacientes crônicos, ou criticamente enfermos, são submetidos a inúmeras intervenções invasivas para diagnóstico e terapêutica, além de necessitar de um ambiente com equipamentos de alta tecnologia e profissionais especializados para prestar um cuidado imediato a qualquer alteração de quadro clínico. Priorizar a auditoria clínica dos prontuários desses pacientes envolve inúmeras potencialidades na gestão de processos, recursos financeiros e humanos. Na maioria das vezes são os pacientes com idade maior de 60 anos com presença de múltiplas comorbidades, em uso de polifarmácia, que necessitam de procedimentos invasivos, tempo de internação maior e, com isso, com maiores riscos de eventos



relacionados à assistência à saúde. Esses pacientes criticamente enfermos, por requerem cuidados altamente especializados, estão mais expostos aos riscos. E quando acontecem eventos adversos, estão sujeitos a danos permanentes ou fatais. Destaca-se, com isso, a importância do instrumento construído neste estudo para rever/avaliar o processo de cuidado como de extrema importância. Isso porque a partir dos achados é possível criar barreiras de prevenção trabalhando juntamente com o gerenciamento de riscos do hospital para que o incidente não venha ocorrer e o paciente tenha uma alta melhorada com satisfação do serviço. Com isso, para validar o conteúdo do instrumento foi optado pela aplicação da técnica Delphi, pois é um método que permite agrupar um conjunto de opiniões de especialistas de forma coletiva. Dessa forma, garante que todas as informações importantes sejam consideradas e não apenas as conclusões, o que leva a resultados de assuntos que são complexos e abrangentes. A partir do procedimento de coleta de dados foi possível identificar a importância do instrumento para análise dos processos de cuidar, pois durante a sua aplicação o instrumento pode demonstrar a partir da variabilidade ou não dados quais eram os processos que precisavam de melhoria e quais eram os processos que estavam consolidados. Ou seja, houve a percepção de que o instrumento foi adequado na avaliação da maturidade dos processos assistenciais. Durante o desenvolvimento do estudo surgiram limitações importantes, como o fato de não ter sido possível realizar a confiabilidade interavaliadores que estava na proposta inicial do estudo. Como a coleta de dados ocorreu durante o início da pandemia do Sars-CoV-2, houve limitação do fluxo de pessoas autorizadas para a coleta simultânea. Diante disso, foi considerado realizar a análise fatorial exploratória e a confiabilidade quanto ao aspecto da consistência interna por meio do Alfa de Cronbach. No entanto, devido a possibilidade de resposta “não se aplica” do instrumento e a coleta de dados ter sido realizada em uma única instituição, não apresentou suficiente variabilidade para a realização dos testes.<sup>49</sup> Sendo assim, novos estudos deverão ser realizados para verificar a validade de construto e a confiabilidade do instrumento de auditoria clínica de prontuário. O instrumento construído neste estudo direciona a auditoria clínica para avaliar, auditar e gerenciar o processo de trabalho no que diz respeito a segurança do paciente e qualidade de atendimento para pacientes graves/críticos, pois essa clientela necessita de cuidados complexos e estão expostos ao maior número de riscos assistenciais. Sendo assim, ter um instrumento que sirva como busca ativa de processos que precisam ser aperfeiçoados é de grande importância no processo de trabalho da gestão da qualidade e do núcleo de segurança do paciente, que juntos tem um único objetivo: desenvolver boas práticas para prestar um cuidado de excelência livre de danos. **Conclusão:** Foi construído e validado o conteúdo de um instrumento para a realização de auditoria clínica de prontuários de pacientes hospitalizados. No pré-teste em 200 prontuários de pacientes hospitalizados em terapia intensiva, foi utilizado um tempo médio de auditoria por prontuário de 35 minutos, o que é factível na prática da auditoria clínica. O instrumento construído neste estudo poderá ser utilizado não só como facilitador do processo de trabalho, mas também estabelece um programa de melhoria contínua nas instituições que o utilizarem, visando boas práticas assistenciais, excelência no atendimento prestado e segurança do paciente.

#### Referências

Bullivant J, Corbett-Nolan A. Clinical audit: A simple guide for NHS Boards e partners [Internet]. London: e Good Governance Institute [cited 2021 Apr 18]; 2010. Available from: <https://www.good-governance.org.uk/wp-content/uploads/2017/04/clinical-audit-a-simple-guide-for-nhs-boards-and-partners.pdf>

Hirsch AG, Jones JB, Lerch VR, Tang X, Berger A, et al. The Electronic Health Record Audit File: The Patients Waiting. *Journal of the American Medical Association*. 2016 Jul; 24(1):28-34. doi:

10.1093/jamia/ocw088

Limb C, Fowler A, Buket G, Kshy K, Agha R. How to conduct a clinical audit and quality improvement Project. *Int J Surg Oncol*. 2017 Jul;2(6):e24. doi: 10.1097/IJ9.0000000000000024

Marques JBV, Freitas D. The DELPHI method: characterization and potentialities for educational research. *Pro-Posições*. 2018 May;29(2):389-415. doi: 10.1590/1980-6248-2015-0140

Macfarlane AJR. What is clinical governance? *BJA Education*. 2019 Mar;19(6):174-5. doi: 10.1016/j.bjae.2019.02.003

Poscia A, Azzolini E, Cacciatore P, Belvis AG, Volpe M, Cambieri A, et al. Does Clinical Governance Influence the Quality of Medical Records? *Ann Ist Super Sanità*. 2018 Apr; 54(2):104-8. doi: 10.4415/ANN\_18\_02\_05

## 26009 - VALIDAÇÃO HEURÍSTICA DE APLICATIVO PARA NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES COM MEDICAMENTOS NO ATENDIMENTO MÓVEL DE EMERGÊNCIA

ANA LAURA BIRAL CORTES - UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE/RJ, ZENITH ROSA SILVINO - UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE/RJ, CLAUDIO JOSÉ DE SOUZA - UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE/RJ, ALINE SILVA DE LIMA - UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE/RJ, EULLER MACENA SILVA - UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE/RJ, ERIC ROSA PEREIRA - ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA/RJ

**Introdução:** A notificação de incidentes é uma estratégia com adoção preconizada aos serviços de saúde, a fim de que estes possam gerenciar com maior acurácia os riscos relacionados à assistência e a segurança do paciente. A instauração do Núcleo de Segurança do Paciente com as notificações de incidentes é obrigatória a todos os serviços de saúde, pela RDC nº 36/2013, excluindo-se do escopo da Resolução os consultórios individualizados, laboratórios clínicos, os serviços móveis e de atenção domiciliar. Dentre os serviços móveis, o serviço pré-hospitalar móvel de emergência, apesar de não contemplado no escopo da RDC, é considerado importante na mitigação de riscos. **Objetivo:** Validar uma tecnologia do tipo mobile health technology para a notificação de incidentes relacionados a medicamentos em um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. **Método:** Estudo de validação heurística de um aplicativo denominado NOTISAMU, construído para a notificação de incidentes com medicamentos em um serviço do SAMU 192. Para operacionalizar todo o processo, desde a construção do aplicativo à validação, foi utilizada a metodologia de design thinking. A validação foi realizada seguindo as 10 heurísticas de Nielsen, em um instituto de computação de uma Universidade Federal no estado do Rio de Janeiro, a partir da análise de 12 avaliadores, que emitiram avaliações individuais e após, em relatórios grupais. Estas avaliações foram realizadas a partir de casos de uso compartilhados durante a validação. Os avaliadores puderam utilizar o aplicativo para enviar uma suposta notificação e avaliá-lo. **Resultados:** Os avaliadores concordam que o aplicativo cumpre seu papel, necessitando de ajustes quanto à usabilidade, que foram realizados devidamente, seguindo às demandas expostas no relatório. O aplicativo desenvolvido no presente estudo caracteriza-se como uma ferramenta promissora na gestão de riscos relacionados à administração de medicamentos no cenário do SAMU 192, por oportunizar uma notificação rápida, que pode ser realizada em tempo real do acontecimento; dinâmica e ajustada à realidade dos usuários finais. **Conclusão:** A análise do aplicativo, por parte dos avaliadores teve como resultado uma melhora na interface da aplicação. Sendo assim os pontos de violação apresentados foram desenvolvidos para se estabelecer uma possível correção satisfatória, conforme realidade dos usuários finais.

## 26437 - VÍDEO COMO ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE À PESSOA COM ÚLCERA VENOSA E FAMILIARES

MARIA GABRIELLA DE OLIVEIRA - FACULDADE DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS - GOIÂNIA (GO), LOHANNE DE ALMEIDA RIBEIRO GOMIDES ANDRADE - FACULDADE DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS - GOIÂNIA (GO), MELISSA NEVES DA SILVA COLMANETTI - FACULDADE DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS - GOIÂNIA (GO), NATÁLIA DEL ANGELO AREDES - FACULDADE DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS - GOIÂNIA (GO)

**Introdução:** As úlceras têm etiologias variadas, sendo que algumas delas surgem em decorrência de patologias de base, como é o caso da Úlcera de Extremidade Venosa (UEV), correspondendo à mais comum (75 a 80%) das úlceras de membros inferiores. Sua prevalência na população geral é de 0,5 a 0,8%, chegando entre 3 a 5%, em pessoas com idade superior a 65 anos, sendo que por ano, entre 2 e 5 novos casos surgem a cada mil pessoas, acometendo principalmente mulheres com comorbidades. No Brasil, poucos estudos recentes fizeram análise epidemiológica e geralmente com amostras focalizadas, encontrando dados com prevalência de 2,9% (IC=95%,1,2-5,2%) entre idosos em um município do Piauí e 0,082% na Zona da Mata de Minas Gerais na população geral. A ocorrência e cronicidade das UEV ocasionam consequências sobre as esferas biopsicoespiritual e socioeconômica dos pacientes. O impacto extrapola a lesão biológica, pois se manifesta com dor, depressão, baixa autoestima, dificuldade e/ou inabilidade laboral, sentimento de vergonha devido às alterações estéticas, odor e inconveniente de sair em público com curativo de grande extensão, discriminação e frustração, muitas vezes devido à falta de apoio dos familiares. Um fator contributivo para a baixa adesão ao tratamento é a falta de letramento do paciente com UEV, bem como de seus familiares, visto que isso influencia negativamente na compreensão e continuidade do plano terapêutico, levando ao aumento na duração do tratamento, comprometimento da qualidade de vida e por fim, descredibilidade na relação entre o enfermeiro e o paciente. Por meio de busca de vídeos disponíveis nas plataformas: YouTube, Instagram e TikTok, algumas das mais populares para materiais desta natureza, e visita a diferentes sites disponíveis on-line, identificou-se carência de informações de qualidade e excesso de orientações baseadas na troca de experiências. Diante desta lacuna, propomos o desenvolvimento de um vídeo educativo, com orientações baseadas na literatura científica, pensado a partir da perspectiva do letramento em saúde, de materiais atrativos e didáticos com foco na motivação para o cumprimento de metas diárias do cuidado. Pretende-se oferecer suporte adicional para o autocuidado domiciliar, propiciar conhecimento técnico-científico no que tange ao cuidado da pessoa com UEV, e estratégias de envolvimento familiar para possibilitar a adaptação e adesão ao regime terapêutico. **Objetivo:** Desenvolver um vídeo educativo em saúde para pessoas com úlcera venosa e suas famílias, na perspectiva da adesão ao cuidado. **Método:** Trata-se de um estudo metodológico, que foi realizado em cinco etapas: revisão da literatura científica, visita no YouTube, Instagram e TikTok, consulta a enfermeiras especialistas no tema, produção do roteiro e prototipação do vídeo educativo. **Resultados:** A produção do vídeo foi realizada no Software Powtoon, utilizando imagens retiradas de arquivos do Google e fontes da literatura científica da área, devidamente referenciadas. O vídeo com duração de 6 minutos e 31 segundos, foi narrado por uma das autoras do trabalho, na legenda foi utilizada a fonte Montserrat, tamanho 35 para os títulos e 30 para os balões de diálogo, para facilitar a leitura. Considerando que vídeos curtos têm maior adesão e geram mais engajamento. A tecnologia desenvolvida foi um vídeo intitulado “Úlceras Venosas, Como Prevenir E Cuidar Delas”, composto por quatro tópicos em seu conteúdo. Intervenções educativas, atividades físicas, nutrição e hidratação, cuidados com a lesão no ambiente domiciliar. **Discussão:** As tecnologias educativas em saúde são ferramentas promotoras de informações capazes de orientar, sensibilizar e de

potencializar o envolvimento do paciente no próprio cuidado. A educação de pessoas com úlcera venosas configura um recurso de grande valor e deve ser utilizado pelos profissionais de saúde como parte da abordagem terapêutica da úlcera venosa, visando ampliar os resultados e intensificar o efeito das terapias adotadas. Um estudo brasileiro avaliou o conhecimento de 38 pacientes com úlcera venosa (UV) sobre a sua doença crônica, tratamento e prevenção de complicações, segundo a Nursing Outcomes Classification (NOC). O conhecimento dos pacientes alertou para a necessidade de promover ações voltadas para educação em saúde, e neste contexto, o enfermeiro tem papel relevante no desenvolvimento de estratégias de ensino/aprendizagem, colaborando com desenvolvimento da autonomia do paciente, ator principal do cuidado diário no ambiente domiciliar. **Conclusão:** A mídia digital será disponibilizada à população após etapa futura de validação com especialistas. Diante do exposto, o vídeo desenvolvido é fundamental para contribuir com a educação em saúde, ao disponibilizar informações a partir de literatura científica, por meios digitais.

## 26222 - IMPLEMENTAÇÃO DE PROTOCOLO DE GERENCIAMENTO DE QUEDAS EM MEDICINA DIAGNÓSTICA

LAÍS VISSOTTO GARCHET SANTOS REIS - GRUPO FLEURY/SP, JANAÍNA TEIXEIRA GARDEL BARRANCOS - GRUPO FLEURY/SP, DANIELA PRISCILA TOZZO DE SOUZA - GRUPO FLEURY/SP, DANIELLA MARCIA MARANHÃ BAHIA - GRUPO FLEURY/SP, LILIA RAPOSO CORREA DE AZEVEDO - GRUPO FLEURY/SP, PAOLA EMANUELA P. SMANIO - GRUPO FLEURY/SP

**Objetivo:** Implementar protocolo de gerenciamento de quedas customizado às características dos pacientes que circulam em ambiente de medicina diagnóstica com toda a complexidade e características dos exames realizados. **Descrição da execução:** Mapeamos indicadores relacionados a queda em nosso serviço de medicina diagnóstica desde janeiro de 2017, em maio de 2021 observamos aumento exponencial em relação ao número de quedas, optamos por montar grupo de trabalho específico para gerenciamento desse indicador. **Análise crítica dos resultados:** No Grupo Fleury tivemos no ano de 2021 o total de 7.513.225 atendimentos e notificada uma queda a cada 75.891 atendimentos (1: 75.891). Com ampla variação de idade, 50% dos incidentes de queda em população > de 65 anos, 56% predomínio do sexo feminino, 5% ocorreram fraturas, 35% remoções para ambiente hospitalar e 5% dos casos internações prolongadas (mais de 5 dias). Após todo o mapeamento epidemiológico relacionamos as quedas aos exames de maior complexidade (exames invasivos), com sedação, os mais idosos, às unidades com menor quantidade de bancos e poltronas em vestiários assim como barras de apoio. Ações em caráter nacional com gerenciamento de todos os guardiões da segurança do paciente que temos presente em cada regional do grupo, que denominamos Embaixadores da Segurança do Paciente. Ações realizadas: reorientações equipe, ambientação das unidades (banco/cadeiras/barras de apoio), conscientização dos pacientes para o risco de queda, paciente como centro do cuidado e compartilhando responsabilidades, recados automáticos em abertura de ficha de todos os pacientes que já apresentaram queda em nossas unidades, sinalização áreas em reformas, sinalização de piso molhado, evitar degraus e desníveis nas entradas das unidades e estacionamento, reestruturação das sinalizações de segurança como fita zebra, correntes, fitas antiderrapantes e placas de sinalização sempre que necessário, abordagem específica para o setor de Tomografia Computadorizada e Ressonância Nuclear Magnética, para a melhoria do apoio aos pacientes na entrada e saída das máquinas, assim como para pacientes que irão se submeter a procedimentos invasivos como biópsias e punções, com ou sem sedação, reorientação e treinamento de todos os terceiros envolvidos em qualquer operação do grupo, como manobristas e limpeza, guia prático para prevenção de quedas. Expectativas: Mitigar as quedas evitáveis relacionadas aos exames, infraestrutura e desequilíbrio abaixo de 27%; notificações bem descritas; análise de causa raiz e definição do plano de ação em 10 dias; plano de ação executado e concluído em até 30 dias. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** Sabemos que teremos muitos desafios pela frente, principalmente relacionados a nossa capilaridade em âmbito nacional, mas todos unidos podemos conscientizar e falar pela segurança dos nossos pacientes com a prevenção de quedas.

## 26159 - APLICAÇÃO DA FERRAMENTA KAMISHIBAI PROCESSO DE MELHORIA CONTINUA NOS PROTOCOLOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE

KELI CRISTINA BOMFIM - HOSPITAL CALIXTO MIDLEJ FILHO/BA, NATHALIA TRINDADE SANTA ISABEL VALETE - HOSPITAL MANOEL NOVAES/BA, SAMILLA SERA COSTA - HOSPITAL CALIXTO MIDLEJ FILHO/BA, JAQUELINNE SIMÕES BARBOZA COSTA - HOSPITAL CALIXTO MIDLEJ FILHO/BA

**Objetivo:** Descrever a experiência na elaboração e implementação de um Quando de sustentação de Melhorias com ênfase nos Protocolos de Segurança do Paciente utilizando a ferramenta Kamishibai, que é uma ferramenta de origem Japonesa, simples e visual que tem por objetivo assegurar que os processos necessários estão sendo realizados corretamente. **Descrição da execução:** Pesquisa descritiva, do tipo relato de experiência, realizada após implantação dos protocolos de segurança do paciente em uma instituição hospitalar filantrópica do sul da Bahia. As ações foram divididas em 4 fases, que vão desde a montagem do quadro, treinamento das equipes assistenciais executoras das auditorias, aplicação dos cartões de confirmação do processo até a mensuração dos resultados. O quadro foi montado com duas metas de segurança por vez, onde as mesmas seriam escolhidas de acordo perfil da unidade selecionada. Foram escolhidos 3 setores assistenciais do hospital onde o quadro permaneceria por 4 semanas. Os cartões foram elaborados com perguntas chaves para verificação das metas de segurança, as mesmas perguntas frente-verso com diferencial da barra superior com tarja verde ou vermelha. O preenchimento inicia pelo lado verde do cartão, porém na primeira resposta negativa o cartão deve ser virado de lado continuando o preenchimento pelo lado vermelho. A aplicação dos cartões é feita pela equipe de enfermagem sinalizada em escala diária, 1x ao dia e aplicação dos cartões em dias específicos pela equipe de supervisão. Após o preenchimento do cartão este fica exposto no quadro durante toda a semana e posteriormente transferido para a ficha de controle mensal. **Análise crítica dos resultados:** A sistemática de análise e tomada de ações para os resultados são semanalmente de acordo resultado apresentado. O quadro foi montado, testado e validado e trouxe resultados satisfatórios. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** A ferramenta utilizada teve um impacto positivo no cumprimento dos protocolos de segurança do paciente, manutenção de rotinas diárias e comunicação entre equipes, pois como as auditorias são de forma intuitiva, é possível perceber a situação real do setor e atuar com intervenções rápidas e direcionadas aos pontos de maior fragilidade.

### **E-POSTER – TRILHA 3**

**E-POSTER: EP03\_ Experiência do paciente e dos usuários do sistema de saúde:  
efetiva compreensão sobre segurança do paciente e redesenho de processos  
seguros**



## 26253 - A EDUCAÇÃO DE PACIENTES SOB A PERSPECTIVA DE MULHERES QUE VIVENCIARAM O CÂNCER DE MAMA

CLARICE SILVA DE SANTANA - INSTITUTO OSWALDO CRUZ/FIOCRUZ/RJ, CLAUDIA TERESA VIEIRA DE SOUZA - INSTITUTO NACIONAL DE INFECTOLOGIA EVANDRO CHAGAS/FIOCRUZ/RJ

**Introdução:** Este resumo compõe a tese de doutorado da 1ª autora que traz a abordagem da educação entre pares como estratégia para promover a educação de pacientes (EP) propondo a construção de conhecimentos sobre câncer de mama (Ca mama) por mulheres que vivenciaram este diagnóstico baseado no cuidado centrado na pessoa para que sejam protagonistas no seu cuidado. **Objetivo:** Conhecer a percepção das mulheres envolvidas no estudo sobre a EP após o Ca mama. **Método:** Entrevista semiestruturada realizada entre 19/02/2019 e 19/03/2019 com 13 mulheres que vivenciaram o Ca mama. Projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Oswaldo Cruz em 25/09/2018 sob o número CAAE 94070518.5.0000.5248. **Resultados:** Algumas verbalizações “Eu conheci um senhor semana retrasada. Ele acabou de fazer a cirurgia e estava perdidinho coitado. Estava sozinho e não sabia entender, não entendia nada. Por que ele estava com Ca mama se ele não tinha peito? Aí eu falei “O senhor tem!” (A. F.,64 anos); “No caso de mulheres casadas, ninguém nunca me falou nada, eu tive que descobrir!” (M. D.,64 anos); “O médico queria que eu retirasse a mama sem saber que tipo exatamente de câncer que eu tinha. Eu disse: “Não quero!” (J. N.,68 anos); “Eu falei para minha amiga não fazer isso, ligar lá para o seu médico, vê se pode, de repente você vai sentir alguma coisa e não saber o quê que é. Falo isso também porque tem muitas meninas que estão se automedicando” (J. A.,51 anos); “Sabe, se eu te disser a verdade eu mesmo nem sei meu tipo de câncer...” (R. L.,54 anos); “Eu não tomo remédio nenhum [relacionado ao câncer]. Eu fico me perguntando “Gente, eu sou diferente de todo mundo?” Todo mundo reclama que toma isso, toma aquilo, mas também nunca perguntei para a doutora não, mas de repente agora eu vou perguntar” (S. H.,63 anos). **Discussão:** As verbalizações corroboram a importância da EP, pois ao conhecer mais sobre sua patologia a paciente amplia sua participação na construção do seu cuidado e na promoção de informações corretas para seu meio social. Esse processo educativo deve acontecer através de um espaço dialógico para a troca de informações entre profissional e paciente. **Conclusão:** A EP é fundamental tanto para seu cuidado quanto para que possam atuar como multiplicadoras desses conhecimentos, visto que muitas vezes são interpeladas com questionamentos e dúvidas sobre questões de saúde que envolvem o Ca mama por mulheres/homens com esse diagnóstico.

**26283 - ANJOS DO CUIDADO- EQUIPE MULTI PROFISSIONAL PARA PREVENÇÃO DE QUEDAS**

KELLEN APARECIDA DA SILVA - HOSPITAL SAMARITANO PAULISTA, FERNANDA ZANE NAKAZATO - HOSPITAL SAMARITANO PAULISTA, JOYCE JULIANA LISBOA EIRAS - HOSPITAL SAMARITANO PAULISTA, PEDRO GABRIEL MELO DE BARROS E SILVA - HOSPITAL SAMARITANO PAULISTA, LUCIANE ROBERTA APARECIDA VIGO - HOSPITAL SAMARITANO PAULISTA, LUANA DIAS RUIZ - HOSPITAL SAMARITANO PAULISTA (SÃO PAULO, SP)

**Introdução:** Envolvimento, participação e parceria de equipe são elementos fundamentais para estruturar, padronizar com forte proposta de melhor integrar, apoiar e direcionar o trabalho em equipe com foco em bons resultados e bem estar dos nossos pacientes. **Objetivo:** Empoderar o time, frente a um dos nossos grandes desafios que é a prevenção de quedas em pacientes, pois sabemos que hoje é cientificamente comprovado o alto risco de queda principalmente em nossos pacientes idosos, e com a parceria da equipe multiprofissional podemos tratar vários fatores importantes que estão diretamente ligados a bons resultados. **Descrição da execução:** Realizada e baseada em um relato de experiência exitosa e diretamente nos resultados dos nossos indicadores comparando o 1º semestre de 2021 com o mesmo período de 2022 com os dados tabulados em POWER BI na unidade de internação de um hospital privado do estado de São Paulo, acompanhamos não só o número de quedas, bem como meta e número de danos dos nossos pacientes. A proposta foi a formação desse grupo de prevenção e atuação pós queda, onde foram executadas várias ações pensando no bem estar e prevenção de quedas dos nossos pacientes, envolvendo paciente e família como parte do cuidado. E assim formamos o grupo Anjos do Cuidado que é composto por médico, enfermeiros, técnicos de enfermagem, farmacêuticos, fisioterapeuta, auxiliar administrativo, nutricionista e psicóloga, onde cada membro tem um papel fundamental na prestação do nosso cuidado. Sendo que a participação dos nossos membros foi 90% voluntária. **Resultados:** Mensuramos o período de janeiro a junho o resultado do indicador de queda dos nossos pacientes internados, onde observamos uma redução de 34% na unidade de internação quando comparado ao mesmo período em 2021. E uma redução de 73% desse índice quando tratamos de pacientes externos. Quando falamos de danos decorrentes de queda, observamos os seguintes resultados:

	2021	2022
SEM DANO	35	28
DANO LEVE	13	0
DANO MODERADO	1	1
DANO GRAVE	1	

Período de janeiro a junho/ Quedas em pacientes externos

	2021	2022
SEM DANO	2	1
DANO LEVE	3	0
DANO MODERADO	0	0

**Conclusão:** Através desse grupo conseguimos enxergar e entender o quanto é importante foco, determinação e parceria de um bom time integrado, é de extrema importância que cada profissional enxergue o paciente como todo e dentro da suas especialidades tenha forte atuação para contribuição do resultado final. Salientamos que a importância e entendimento da equipe da ponta é o que faz a diferença na implementação e execução acerca de projetos que visam cada vez mais garantir a qualidade e prevenção de qualidade de vida dos nossos pacientes, entendemos que prevenir queda além de desafiador é um ato de amor.

## 26181 - APLICAÇÃO DE CHECKLIST DE ROTINAS DO ENFERMEIRO COMO ESTRATÉGIA DE MELHORIA DO CUIDADO EM SAÚDE

THAIS MOREIRA DE SENA - HOSPITAL DR. CARLOS ALBERTO STURDAT GOMES, SWYANNE LEITÃO NOBRE - HOSPITAL DR. CARLOS ALBERTO STURDAT GOMES, ANDRESSA CORIOLANO EVARISTO PINHEIRO - HOSPITAL DR. CARLOS ALBERTO STURDAT GOMES, LUCIANA FARIAS BASTOS - HOSPITAL DR. CARLOS ALBERTO STURDAT GOMES, JULIANA DE SOUZA NUNES - HOSPITAL DR. CARLOS ALBERTO STURDAT GOMES, MARLIETE MOURA GADELHA - HOSPITAL DR. CARLOS ALBERTO STURDAT GOMES (FORTALEZA, CE)

**Introdução:** O checklist consiste em uma ferramenta projetada para orientar a realização de atividades repetitivas, a fim de coletar dados de forma mais ordenada e sistemática. Utilizado em terapia intensiva como instrumento de conferência para redução de danos e eventos adversos, favorece uma cultura de segurança do paciente. **Objetivo:** Relatar a aplicação de checklist de rotinas diárias do enfermeiro em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica de um hospital terciário de Fortaleza, Ceará. **Descrição da execução:** O instrumento, em sua segunda versão, é aplicado desde junho de 2021, pelos enfermeiros do serviço. Previamente, estes foram treinados para preencher o instrumento padronizadamente, para posterior aplicação. Diariamente e em turnos diferentes, são avaliados critérios de prevenção de riscos relacionados a assistência à saúde, tais como: identificação e avaliação da escala de classificação do paciente; configuração dos alarmes do monitor multiparamétrico; elevação da cabeceira; avaliação e fixação do tubo orotraqueal e das sondas; possibilidade diária de extubação e condições do circuito do ventilador mecânico; presença de dispositivo bolsa-válvula-máscara adequado ao paciente; identificação e validade dos equipamentos e sondas; avaliação dos dispositivos venosos e ferida operatória; realização de higiene oral e mudança de decúbito; e avaliação da integridade da pele. **Análise crítica dos resultados:** Percebe-se que os enfermeiros conseguem identificar as falhas do processo no momento que estão a beira leito. Sendo assim, observa-se maior compromisso em adesão às boas práticas, mitigando os riscos assistenciais e promovendo a segurança. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** O checklist favorece e contempla as metas nacionais para segurança do paciente, orientando e reorganizando a prática para investigação e prevenção de incidentes, funcionando como barreira para eventos adversos, uma vez que utiliza recursos disponíveis no serviço.

**26039 - COMUNICAÇÃO EFETIVA ATRAVÉS DA LIBRAS COM GESTANTE SURDA GERA CREDIBILIDADE E SEGURANÇA: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

EDUARDA AUGUSTO MELO - CENTRO UNIVERSITÁRIO TABOSA DE ALMEIDA ASCES-UNITA, CARLA SANDYELE TAVARES GALVÃO DE PONTES - CENTRO UNIVERSITÁRIO TABOSA DE ALMEIDA ASCES-UNITA, CLARA BEATRIZ DOS SANTOS - CENTRO UNIVERSITÁRIO TABOSA DE ALMEIDA ASCES-UNITA, GABRIELA FERNANDA DOS SANTOS - CENTRO UNIVERSITÁRIO TABOSA DE ALMEIDA ASCES-UNITA, MARIA ALICE NEVES DE ARRUDA PEREIRA - CENTRO UNIVERSITÁRIO TABOSA DE ALMEIDA ASCES-UNITA, BEATRIZ DA SILVA ASEVÊDO - CENTRO UNIVERSITÁRIO TABOSA DE ALMEIDA ASCES-UNITA (CARUARU, PE)

**Introdução:** O acesso à saúde pela mulher surda em seu ciclo gravídico puerperal, assegurado pela Lei 10.436, de 24 de abril de 2002, orienta a implantação da LIBRAS nas instituições públicas de saúde e garante o atendimento e tratamento adequado. A comunicação e interação profissional-paciente é de extrema importância quando relacionada à mulher gestante, devendo ser clara e efetiva para orientar sobre todos os procedimentos e informações deste período, objetivando uma resposta positiva às condutas realizadas e sugeridas. A gestação é um importante momento na vida da mulher e requer uma atenção especial por incluir fenômenos biopsicossociais e culturais.

**Objetivo:** Relatar a assistência de enfermagem em Língua de Sinais a uma gestante surda. **Descrição da execução:** Durante a visita de enfermagem, uma gestante surda, com hipótese diagnóstica de aborto retido e três abortos consecutivos, queria compreender a causa destes abortos. Foi orientado a prevenção de nova gravidez através do método contraceptivo DIU, sendo o mais efetivo, para investigar as causas destes abortos, para assim poder intervir e gerar uma gravidez com mais segurança. Contudo, a maneira que foi repassado as informações, por profissionais não capacitados em LIBRAS, geraram uma barreira na comunicação e na assistência prestada, então a gestante demonstrou bastante resistência a aderir a orientação realizada, visto que não conseguia compreender. Foi solicitada uma Enfermeira Obstetra da instituição que se comunica através da LIBRAS para realizar as orientações, havendo o atendimento adequado, fortalecimento do vínculo profissional-paciente e o estabelecimento de uma maior resolutividade da questão sobre inserção do DIU. **Análise crítica dos resultados:** O período gestacional traz consigo diversas transformações para a mulher, a interação e elos criados são essenciais para o sucesso da terapêutica, o conhecimento profissional deve integrar e considerar as particularidades e limitações de cada indivíduo. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** Deste modo, torna-se perceptível a escassez de profissionais que tenham o conhecimento da LIBRAS para atender a população surda. Se faz necessário que gestores promovam aos profissionais de saúde educação continuada, cursos de libras, para que assim possa ser ofertada uma assistência humanizada e inclusiva.

## 26129 - COVID-19 E SEGURANÇA DO PACIENTE EM UM QUARTEL NA SELVA AMAZÔNICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

JULIANA ALVES AGUIAR DA SILVA COSTA - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE - UFRN, MARISE REIS DE FEITAS - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE - UFRN, WASHINGTON LUIZ DA COSTA FILHO - EXÉRCITO BRASILEIRO

**Introdução:** As organizações militares são serviços essenciais. Na Amazônia, a pandemia foi desafiadora pela escassez de recursos e dificuldades geográficas. Para garantir cuidado de qualidade e segurança dos pacientes durante a pandemia de COVID-19, a Seção de Saúde do 53º Batalhão de Infantaria de Selva modificou rapidamente processos de assistência. **Objetivo:** Relatar a experiência do uso de ferramentas da qualidade para o combate a COVID-19 na Amazônia pela Seção de Saúde do 53º Batalhão de Infantaria de Selva (BIS) no primeiro ano da pandemia. **Descrição da execução:** A Seção de Saúde do 53º BIS é composta por três oficiais médicos, dois oficiais odontólogos, seis sargentos de saúde (técnicos de enfermagem), três cabos e 16 soldados para atender cerca de 900 militares do Exército no município de Itaituba (Pará). A estrutura física consiste em consultórios médico e odontológico, farmácia, sala de procedimentos e enfermaria com seis leitos. O transporte aéreo é utilizado para evacuar pacientes para centro de saúde terciário. O início da pandemia de COVID-19 foi oportunidade de planejamento da qualidade. Três objetivos foram estabelecidos: prevenir adoecimento, realizar rápida evacuação se necessário, estabilizar o paciente grave até evacuação. Foram adotadas medidas como uso obrigatório de máscaras, disponibilização de álcool 70%, higienização e ventilação dos ambientes, triagem e afastamento de sintomáticos respiratórios, organização de algoritmo de evacuação aeromédica, aquisição de EPIs, ventilador mecânico e bolsa de transporte aeromédico, organização de carrinho de parada e de dois leitos monitorizados. No período de 12/03/20 a 12/03/21, houve 367 casos suspeitos, 59 casos confirmados, cinco internações, uma evacuação aeromédica e um óbito (incidência 59,35/1.000; letalidade 1,69/100). **Análise crítica dos resultados:** As medidas de prevenção adotadas foram baseadas em evidências. Na Região onde está o Batalhão, no mesmo período, houve 14.829 casos e 186 óbitos (incidência 67,96/1.000, letalidade 1,25/100). Consideramos nossos resultados bons, pois houve trabalho presencial durante o período. A estrutura física foi suficiente para atender os casos. A evacuação aeromédica ocorreu em menos de 5 horas. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** A experiência da equipe foi exitosa. Estruturar um serviço de saúde na Amazônia é um desafio pelas características intrínsecas da região, distância dos grandes centros e escassez de insumos e profissionais.

## 26286 - DESENVOLVIMENTO E IMPLANTAÇÃO DA DESINVASÃO EM UNIDADE DE INTERNAÇÃO COM FOCO EM PREVENÇÃO DE INFECÇÃO

JOYCE JULIANA LISBOA EIRAS - HOSPITAL SAMARITANO PAULISTA, FERNANDA ZANE NAKAZATO - HOSPITAL SAMARITANO PAULISTA, KELLEN APARECIDA DA SILVA - HOSPITAL SAMARITANO PAULISTA, CÁSSIA MARINHO MORAES ALMEIDA - HOSPITAL SAMARITANO PAULISTA, LUANA DIAS RUIZ - HOSPITAL SAMARITANO PAULISTA, SHEYLA MARCELINO FIGUEREDO OKADA - HOSPITAL SAMARITANO PAULISTA (SÃO PAULO, SP)

**Introdução:** A terapia infusional é o procedimento mais comum dentro dos serviços de saúde. Diante dessa realidade atrelando aos riscos de eventos adversos que podem ocorrer, protocolos eficazes deverão ser implantados para garantir a qualidade do serviço prestado e garantir a segurança do paciente. Mediante ao nosso cenário atual onde temos um grande risco de infecção, frente a evolução de cuidados dos nossos pacientes, propomos um desafio aos nossos enfermeiros, com intenção de apoiar e sugerir para equipe médica a desinvasão cada vez mais precoce dos nossos pacientes internados. **Descrição da execução:** Baseada em relato de experiência exitosa na unidade de internação de um hospital privado do estado de São Paulo, mensuramos e tabulamos por 90 dias (meses abril, maio e junho) as desinvasões realizadas por enfermeiros da nossa unidade de internação. Tabulamos os resultados através de ferramenta digital, onde nossos enfermeiros tabulavam os dados. **Análise crítica dos resultados:** Foram realizadas um TOTAL de 131 desinvasões realizadas precocemente, sendo 121 Periféricos e 10 Centrais 53 pacientes permaneceram apenas com medicamentos via oral em prescrição médica. 75 casos houveram intervenções dos enfermeiros com os médicos para mudança de medicamentos para via oral em prescrição médica, a grande maioria com apenas medicamentos se necessário endovenoso prescrito. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** Avaliamos que tivemos um resultado satisfatório, pois conseguimos estimular cada vez mais o pensamento crítico dos nossos profissionais enfermeiros, com foco cada vez mais na segurança e ajuste da melhor terapia para nossos pacientes, reduzindo assim possibilidades de infecção de corrente sanguínea, associado ao uso de dispositivos intravenosos.

**26157 - ESTRATÉGIA PARA ATIVAÇÃO DO PACIENTE E FAMÍLIA EM LINHA DE CUIDADO DE ARTRODESE DE COLUNA**

ALLANA ROSEIRA - HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE, FABIO DE ARAÚJO MOTTA - HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE, LEONARDO CAVADAS DA COSTA SOARES - HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE, MICHELE MAEVE MUNIZ - HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE, ROSELI FERREIRA MATOS - HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE (CURITIBA, PR)

**Introdução:** Linhas de cuidado (LC) são planos estruturados que refletem a sistematização da prática assistencial no caminho percorrido pelo paciente. Incorporam diretrizes em um plano terapêutico por meio de fluxos e protocolos, gerenciados por métricas de desfechos. A LC associada à Artrodese de Coluna (AC) possui alta complexidade com grande potencial para integração multidisciplinar e gerenciamento no tempo de internação hospitalar. **Objetivos:** Sistematizar os cuidados, promover a mobilização oportuna e controle da dor por meio de modelo centrado no paciente e reduzir a variabilidade do tempo médio de internação. **Metodologia:** Intervenção em coorte prospectiva não controlada em 51 pacientes submetidos à AC por escoliose idiopática entre out-20 e dez-21. Inclui Plano Terapêutico Multidisciplinar (PTM) com metas diárias no pós-operatório para dia da cirurgia (D0), e D1 e D2. O PTM foi espelhado em um Diário do Paciente, contendo as metas compartilhadas com a família, após preparo prévio. Este modelo promove a centralidade do paciente e sua família por meio da ativação nos processos assistenciais. A análise dos desfechos permitiu a implementação de ciclos de melhorias e revisão da prática assistencial construída e gerenciada multidisciplinarmente. **Resultados e discussão:** A família e o paciente são orientados a aplicar a escala FACES a cada três horas para avaliação da dor e registro no Diário, e para a enfermagem a escala é preconizada a cada seis horas, observado a adesão de 27% em 2020 e 2021, demonstrando fragilidade significativa da equipe assistencial. No D1 e D2, a avaliação da dor torna-se mais importante devido à redução da ação dos anestésicos, com necessidades de resgates frequentes de analgesia. A mobilização precoce no D0 foi realizada por 82% dos pacientes com ajuda do cirurgião e 51% sentam-se sozinhos (DOS2) ou com ajuda de familiar. No D1, 100% dos pacientes foram capazes de caminhar no mínimo duas vezes ao dia. Após a implementação do diário ilustrado para a mobilização em out/21, observou-se uma melhora importante do DOS2 a partir do quarto trimestre (71%), demonstrando a ativação da família por meio de comunicação assertiva e do conhecimento sobre o procedimento. Obteve-se um tempo médio global de 4,1 dias + 1,4 de internação, dos quais 4,0 + 1,8 dias em 2020 e 4,0 + 1,3 dias em 2021. 75% (38) permaneceram internados por até 4 dias de internamento.

**26298 - FLUXO DE ALTA FARMACÊUTICA E TAXA DE CONFORMIDADE NO PROCESSO VISANDO A SEGURANÇA DO PACIENTE**

SUELLEN BEATRIZ ALVARENGA DE SOUSA - HOSPITAL REGIONAL DO BAIXO AMAZONAS DO PARÁ DR WALDEMAR PENNA, ARLENE MARTINS DE ARAÚJO - HOSPITAL REGIONAL DO BAIXO AMAZONAS DO PARÁ DR WALDEMAR PENNA, THAILA SILVA RODRIGUES - HOSPITAL REGIONAL DO BAIXO AMAZONAS DO PARÁ DR WALDEMAR PENNA, KALYSTA DE OLIVEIRA RESENDE BORGES - HOSPITAL REGIONAL DO BAIXO AMAZONAS DO PARÁ DR WALDEMAR PENNA, GUSTAVO DA SILVA FLEXA - HOSPITAL REGIONAL DO BAIXO AMAZONAS DO PARÁ DR WALDEMAR PENNA, ANA KAREN DOS SANTOS CARDOSO - HOSPITAL REGIONAL DO BAIXO AMAZONAS DO PARÁ DR WALDEMAR PENNA (SANTARÉM, PA)

**Introdução:** A orientação alta farmacêutica tem objetivo de contribuir para a segurança do paciente no que tange a melhor adesão ao tratamento domiciliar farmacológico e não farmacológico dos pacientes no processo de transição do cuidado do ambiente hospitalar para o domiciliar, mitigando riscos de reinternações por falha da terapêutica, evidenciando o processo de orientação e educação do paciente nos registros em prontuário. **Objetivo:** Mensurar a efetividade da mudança de fluxo no processo de alta hospitalar através da redução das não conformidades associadas ao percentual de altas farmacêuticas efetivadas. **Descrição da execução:** Trata-se de um estudo longitudinal, descritivo e quantitativo, realizado entre maio/2021 à junho /22 através dos relatórios de não conformidades de prontuário de um hospital público de média e alta complexidade. Foram consolidados em planilha em Excel os valores dos 6 tipos de não conformidades detectadas em auditoria de mensal de prontuário. Traçou-se um gráfico de linha para melhor visualizar a tendência do indicador e, posteriormente, calculado dentre os 14 pontos coletados, 2 medianas de 2 períodos iguais (Total = 14). **Análise crítica dos resultados:** Acompanhando visualmente a mediana, verificou-se uma redução da mediana entre os 2 períodos de 35% para 28%, o que demonstra uma tendência positiva na taxa de não conformidades relacionada ao processo de realização da alta farmacêutica orientada. Verifica-se que a redução vem ocorrendo de maneira gradativa, sem piora aos níveis registrados no período 1 (maio a novembro/21). A menor taxa de não conformidade atingida ao longo do estudo foi de 14% e a máxima de 55%. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** O resultado aferido e respectivas análises, demonstraram a importância de criticarmos os processos juntos aos especialistas da área e também de maneira multiprofissional, uma vez que os melhores resultados foram desencadeados por ações recomendadas em conjunto farmácia e enfermagem; sendo esta uma revisão do fluxo de entrega do receituário médico de pacientes com alta médica definida ao farmacêutico e a comunicação efetiva em sinalizar as prioridades, contribuindo para o bom funcionamento dos fluxos do hospital e principalmente garantindo a educação medicamentosa na saída do doente do hospital.



**26285 - MASCOTE DO CUIDADO- TANO PAULISTA**

FERNANDA ZANE NAKAZATO - HOSPITAL SAMARITANO PAULISTA, KELLEN APARECIDA DA SILVA - HOSPITAL SAMARITANO PAULISTA, JOYCE JULIANA LISBOA EIRAS - HOSPITAL SAMARITANO PAULISTA, PEDRO GABRIEL MELO DE BARROS E SILVA - HOSPITAL SAMARITANO PAULISTA, LUANA DIAS RUIZ - HOSPITAL SAMARITANO PAULISTA, LUCIANE ROBERTA APARECIDA VIGO - HOSPITAL SAMARITANO PAULISTA (SÃO PAULO, SP)

**Introdução:** Sabemos o quanto é desafiador e gratificante o engajamento de equipe com foco em bons resultados, para isso criamos um mascote do cuidado e inserimos na equipe como um novo membro para cada vez mais estimular, engajar a busca por bons resultados promovendo cada vez mais qualidade, segurança e melhora na experiência dos nossos pacientes. As boas práticas cada vez mais ganha espaço importante e fundamental no mundo, pois sabemos que o seguimento de padrões e protocolos de qualidade, nos norteiam sempre para o melhor resultado elevando o grau de satisfação dos nossos pacientes, colaboradores e conseqüentemente valorização da nossa instituição. **Metodologia:** Realizada através de um relato de experiência exitosa nos meses de junho e julho de 2022 na unidade de internação de um hospital privado do estado de São Paulo, implantamos o nosso mascote do cuidado, onde a proposta foi a confecção de um amigurumi, onde teve participação de algum dos nossos colaboradores que se tornaram parceiros nesse projeto. A proposta é que o nosso mascote esteja sempre presente na comemoração de bons resultados alcançados pela nossa equipe de enfermagem, participe e estimule de forma ativa a presença dos nossos colaboradores em nosso treinamentos, além disso um amigurumi é muito parceiro, ele tem a desafio de acompanhar processo frágeis direcionado a equipe de forma bem lúdica pela busca de bons resultados. **Análise crítica dos resultados:** O nosso Amigurumi está visitando um dos nossos andares que recentemente conseguiram atingir o índice de 150 dias sem quedas, além disso já engajou toda a equipe no treinamento de prevenção de infecção de corrente sanguínea onde tivemos adesão em massa dos nossos colaboradores. Percebemos que a presença do nosso mascote trouxe mais harmonia e engajamento para nossa equipe, pois querem ter bons resultados para receber a visita ilustre do nosso MASCOTE DO CUIDADO. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** O MASCOTE DO CUIDADO se tornou um grande membro, com forte atuação em trabalho em equipe e busca de bons resultados, nos trouxe engajamento, leveza e foco do nosso time de forma lúdica e ao mesmo tempo com alto tom de seriedade e profissionalismo para conquista de maior satisfação, segurança e qualidade para os nossos pacientes.

## 26371 - NÃO-CONFORMIDADES EVIDENCIADAS PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA IMUNIZAÇÃO CONTRA COVID-19: AMEAÇA À SEGURANÇA DO PACIENTE

LARISSA SOUSA SAMPAIO NOGUEIRA - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, CAMILA EMANUELLE SILVA DE ARAÚJO - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, STHEFANI DAMASCENO DE OLIVEIRA TOSTES PEREIRA - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, ANA BARBOSA RODRIGUES - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FRANCISCO JOSE DA SILVA - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, ROBERTA MENESES OLIVEIRA - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ (FORTALEZA, CE)

**Introdução:** Com imunizações oportunas, os indivíduos e as comunidades permanecem protegidos e a probabilidade de um surto de doenças imunopreveníveis diminui. A prevenção de um surto de doença imunoprevenível não apenas salva vidas, mas exige menos recursos do que uma resposta ao surto, além de ajudar a reduzir a carga sobre um sistema de saúde já sobrecarregado pela pandemia de Covid-19.<sup>1</sup> O Programa Nacional de Imunizações tem larga experiência em organizar campanhas de vacinação em massa, atingindo elevadas coberturas vacinais. A equipe de enfermagem é direcionada a funções específicas, tais como: administração dos imunobiológicos, registro de doses administradas e retorno de próximas doses nas cadernetas de vacinação dos usuários, orientação sobre os imunobiológicos e possíveis reações adversas esperadas após administração, manutenção da temperatura preconizada para conservação dos imunobiológicos, além do controle dos lotes e validades dos mesmos.<sup>2</sup> Nesse sentido, a equipe de enfermagem se mantém presente na maioria das etapas relacionadas ao processo de imunização, logo presencia inconformidades no processo. Pelo exposto, torna-se relevante, para o âmbito da segurança do paciente, a seguinte indagação: quais não conformidades vêm sendo evidenciadas pela equipe de enfermagem na imunização contra Covid-19? **Objetivo:** Identificar as não-conformidades identificadas por profissionais de enfermagem no processo de imunização contra covid-19. **Método:** Recorte de pesquisa de métodos mistos desenvolvida em mestrado profissional em saúde da família. A estratégia do projeto foi a sequencial explanatória, caracterizada pela coleta e análise de dados quantitativos, seguida pela coleta e análise de dados qualitativos.<sup>3</sup> Este resumo abrange os resultados da etapa 1, quantitativa, realizada por meio de estudo transversal. Realizou-se a coleta dos dados no Estado do Ceará com os trabalhadores de enfermagem que atuaram na campanha de vacinação desde 2021, em que foi obtida amostra de 87 trabalhadores de enfermagem. A coleta de dados foi feita por meio de formulário eletrônico via google forms, elaborado pelos pesquisadores, no período de maio e junho de 2022, contendo variáveis relacionadas ao profissional, ao ambiente de trabalho e questões direcionadas a segurança do paciente como as não-conformidades evidenciadas pelos trabalhadores. Foi realizada análise descritiva e inferencial dos dados. No questionário eletrônico foram enviados os termos de Consentimento livre e esclarecido que também foram devolvidos de forma online. A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal do Ceará, parecer nº 5373628. **Resultados:** Os participantes tiveram a opção de marcar uma ou mais opções acerca de eventos de não conformidades observados durante a atuação na vacinação contra covid-19. Houve 87 respostas, a partir das quais identificou-se que o evento "diferentes imunizantes na mesma caixa térmicas" foi o mais observado pelos participantes (65,5% ou 57 respostas), seguido por "desperdício de doses" (28,7% ou 25 respostas); "aproveitamento de imunizante de frascos diferentes para compor uma dose" e outras (28,3% ou 22 respostas); "imunizantes de fabricantes diferentes administrado no mesmo usuário" (17,2% ou 15 respostas); "temperatura fora do padrão recomendado" e "imunizantes administrado em usuário fora da faixa etária ou público alvo" (16,1% ou 14 respostas de cada evento); e "perdas de dose antes de chegar a unidade de saúde" (3,4% ou 3 respostas). Não houve registros de furtos ou assaltos de imunizantes. **Discussão:** O Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19 cita erros de imunização e condutas recomendadas. Os erros de imunização são evitáveis

e os eventos adversos pós-vacinação evitáveis podem ser minimizados com treinamento adequado e uso da técnica correta de vacinação. O plano cita alguns erros potencialmente associados a vacinas covid-19: extravazamento durante administração (perda de dose), vacinação em menores de 5 anos, intervalo inadequado entre as doses dos esquemas propostos, intercambialidade, administração inadvertida por via subcutânea.<sup>4</sup> Para o universo amostral do estado do Ceará, as práticas que apresentaram maior incidência de não cumprimento foram as 5 citadas na pesquisa, como o manejo de caixas térmicas que devem estar dispostas de forma organizada e identificadas externamente, diferente do que ocorreu com 65% das respostas em que foi observado diferentes imunizantes na mesma caixa térmica, favorecendo erro e troca dos imunizantes, além do desperdício de doses em um período de escassez de vacinas. Quanto ao reaproveitamento de imunizantes para compor uma dose, intercambialidade vacinal, observa-se que não se tinha estudos para afirmar a segurança dessa intercambialidade além de perda de doses antes da chegada do imunizante em seu destino. Isto evidencia a necessidade de maior ênfase nestes aspectos em programas massivos de vacinação. Estratégias de divulgação e treinamento focando nas fragilidades e não conformidades mapeadas nesta pesquisa podem ser indicadores a trabalhar para o aumento da eficácia e efetividade do programa de imunização contra covid-19 do estado do Ceará e demais estados brasileiros. **Conclusão:** As não-conformidades identificadas por profissionais de enfermagem no processo de imunização contra covid-19 no estado do Ceará, na ordem decrescente de frequência, foram: diferentes imunizantes na mesma caixa térmicas, aproveitamento de imunizante de frascos diferentes para compor uma dose e outras, imunizantes de fabricantes diferentes administrados no mesmo usuário, temperatura fora do padrão recomendado e imunizantes administrados em usuário fora da faixa etária ou público alvo. As não-conformidades vão de encontro às boas práticas de imunização segura.

#### Referências

1. OPAS; Unicef. Imunização no contexto da pandemia de COVID-19 - Perguntas mais frequentes (FAQ). 16 de abril de 2020 [acesso em 19 jun]. 2022. Disponível em: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52259/OPASWBACOV1920072\\_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52259/OPASWBACOV1920072_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
2. Superintendência de Vigilância Sanitária e Proteção da Saúde - Bahia. Manual de procedimentos para vacinações. 2011. 573p. Acesso em: 19 jun. 2022.
3. Creswell JW.; Clark VLP. Pesquisa de métodos mistos. 2. ed: Penso, 2013.
4. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19, 2021 (Atualizado em 15/02/2021). Brasília-DF, 2021.

**26231 - NÚCLEO ESTRATÉGICO DE ATENDIMENTO AO FAMILIAR: CRIANDO AMBIENTE FACILITADOR PARA COMUNICAÇÃO EFETIVA E CUIDADO HUMANIZADO**

SONIA SILVA RAMIREZ - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMS RIO, MARIA DE FÁTIMA CEREZO MENEZES DA SILVA - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMS RIO, ALESSANDRA MARIA CAPIBARIBE GONÇALVES NOGUEIRA - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMS RIO, RAQUEL CRUZ DA SILVA - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMS RIO (RIO DE JANEIRO, RJ)

**Introdução:** Como elemento fundamental para a promoção da saúde e segurança do paciente, a comunicação deve ser adequada durante a assistência prestada. A suspensão das visitas hospitalares, no início da pandemia, somou para o alto grau de estresse e angústia das equipes de trabalho e assim, a comunicação entre profissionais, familiares e pacientes internados precisou tornar-se ainda mais efetiva a fim de minimizar danos. **Objetivo:** Descrever a experiência da criação de um ambiente facilitador para o envolvimento dos pacientes e familiares durante a pandemia, a despeito das barreiras impostas pelo cenário. **Descrição da execução:** Realizado em um hospital público de grande porte no Rio de Janeiro, entre junho a agosto de 2020, o estudo avaliou 1582 atendimentos do NEAF - Núcleo Estratégico de Assistência ao Familiar, à familiares de pacientes dos 31 leitos ativos. Instituído em atendimento à uma resolução municipal, o NEAF contava com médico, farmacêutico, assistentes sociais, psicólogos e administrativo, que atuando em conjunto exerciam empatia para o alcance de comunicação efetiva e cuidado/atenção singularizada. **Análise crítica dos resultados:** O maior volume de atendimentos a familiares foi em agosto (45,7% n=723). Dentre os cinco primeiros motivos havia situações para informes sobre alergias e uso de medicamentos. O comprometimento da equipe elencada para a tarefa resultava em trabalho com escuta qualificada a pacientes e empatia com os familiares. A intervenção para conciliação medicamentosa visando a prevenção de erros de medicação esteve entre situações mediadas pela equipe. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** A interação dos profissionais com foco único no cuidado centrado no paciente leva a considerar os familiares como parceiros críticos e ativos para as soluções necessárias, desde tranquilizar o paciente em momento tão difícil a oferecer informações relevantes para condutas diagnósticas e terapêuticas mais adequadas. O comprometimento dos profissionais é capaz de minimizar os efeitos da baixa literacia em saúde. No entanto, formas individualizadas e diversificadas de abordagem de alguns profissionais da linha de frente podem ocorrer e suscitam intervenções da direção para incentivo ao exercício da empatia por todos.

**26217 - O PAPEL DAS DINÂMICAS EM SAÚDE COMO FERRAMENTA ESTRATÉGICA DE EDUCAÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE**

ACÁSSIA FLOR BASTOS DE LIMA - ANDRO HOSPITAL (VITÓRIA DA CONQUISTA, BA)

A identificação das prioridades em saúde é o primeiro passo para realização de práticas educativas, avaliando a sua inserção e o seu planejamento. Tendo como objetivo educacional desenvolver no indivíduo e no grupo a capacidade de analisar criticamente a sua realidade, de decidir ações conjuntas para resolver problemas e modificar situações, de organizar e realizar a ação e de avaliá-la com espírito crítico. Várias questões neste conceito precisam ter a relevância devida, como o próprio “educando” (seja indivíduo ou grupos) tendo necessidade de compreender sua realidade e daí em conjunto com outros atores os profissionais de saúde, identificar problemas e buscar soluções para os mesmos, além de avaliá-la de forma crítica. Vemos que, a introdução desordenada de conteúdos de saúde, sem a mínima participação do usuário ou seu grupo, além de discussão de aspectos fora da realidade destes, parecem inadequados ao conceito educacional. Santos AS, 2006. A Organização Mundial da Saúde<sup>1</sup> (OMS) apresenta a segurança do paciente como atitudes que visam gerenciar e prevenir os riscos no cuidado ao paciente, por meio da qualidade na assistência em saúde com a redução ao mínimo aceitável dos riscos de danos desnecessários, conhecidos como eventos adversos, ocasionados por assistência em saúde, através de práticas, comportamentos atitudes entre serviços profissionais e usuários a fim de promover cultura de segurança. A dinâmica em saúde com o uso de atividades lúdicas permite aproximar a equipe e envolver o paciente e seus familiares no processo do cuidar. E através da experiência do desenvolvimento de dinâmicas para a promoção de saúde em geral, atividades lúdicas foram selecionadas como meios didáticos e aplicados através do núcleo de segurança do paciente o big brother da higienização das mãos 2022, selecionando grupos de colaboradores de setores distintos e lançado em grupos de conversação corporativa da unidade o vídeo dos selecionados como forma de “convocar “ para o paredão da higienização das mãos e realizar no ponto estratégico o passo a passo da higienização das mãos, reforçando a estratégia multimodal. E para as práticas das 06 metas internacionais de segurança do paciente em 2021 foi elaborado um dado e oferecido aos paciente em pré-operatório e a meta sorteada era disseminada a toda equipe multidisciplinar e o paciente orientado a cobrar a sua execução em toda a sua assistência na unidade, já em 2022 os pacientes em qualquer atendimento na unidade, recebiam a visita das cartomantes da saúde que liam “a sorte” para estes pacientes e recebiam as orientações da meta escolhida e de forma lúdica e divertida se envolviam nos cuidados e na execução das metas de forma assertiva. Portanto, através da utilização de ferramentas educacionais lúdicas, foi evidenciado a efetividade de protocolos específicos, associadas às barreiras de segurança e o aumento da participação de colaboradores e usuários do serviço de saúde, reforçando a cultura de segurança através da prevenção e na redução de riscos durante a assistência em saúde.

**26015 - PROJETO DE MELHORIA PARA REDUZIR O TEMPO DE ESPERA POR CIRURGIA UROLÓGICA ELETIVA**

ROGER PEREIRA VALIM - ESCOLA DE SAÚDE E GESTÃO / ISGH, THAÍS LÔBO HERZER - HOSPITAL GERAL DR. WALDEMAR ALCÂNTARA, BRUNO TIGRE LEITÃO - HOSPITAL GERAL DR. WALDEMAR ALCÂNTARA, GERMANA NERI LOPES - HOSPITAL GERAL DR. WALDEMAR ALCÂNTARA, NATANAEL DA SILVA GOMES - HOSPITAL GERAL DR. WALDEMAR ALCÂNTARA, ZENEWTON ANDRÉ DA SILVA GAMA - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE – UFRN (NATAL, RN)

**Introdução:** A problemática dos tempos prolongados de espera em saúde é uma pauta prioritária para os países desenvolvidos e em desenvolvimento. A garantia do acesso oportuno à saúde perpassa aspectos clínicos, psicológicos, sociais, éticos, econômicos e legais. Apesar da relevância do tema, os estudos voltados para o desenvolvimento de métodos de redução de listas de espera no Brasil são exíguos. **Objetivo:** Reduzir o tempo de espera por cirurgias urológicas eletivas, através de um projeto de melhoria, fundamentado na gestão da qualidade e com ênfase no redesenho de fluxos e processos. **Metodologia:** O projeto de melhoria da qualidade foi realizado no Hospital Geral Dr. Waldemar Alcântara (HGWA), com delineamento quase-experimental, sem grupo de controle paralelo. Após uma análise qualitativa do problema, uma intervenção nos processos de trabalho foi planejada e realizada para aprimorar a integração entre as consultas médicas e exames diagnósticos, otimizar as atividades dos profissionais, estabelecer metas no processo e implantar um sistema de monitoramento da jornada de atendimento dos pacientes. Os efeitos das ações foram medidos durante sete meses consecutivos através do tempo total médio de espera. Também foram mensurados o tempo de indicação da cirurgia, o tempo de agendamento do procedimento e o número de cirurgias realizadas. **Resultados:** Após a intervenção, observou-se uma melhoria absoluta de 70 dias, no tempo total médio de espera (100 dias versus 30 dias), correspondendo a uma redução de 70% na espera. O tempo médio de indicação da cirurgia apresentou uma redução de 76% (70 dias versus 17 dias). O tempo médio de agendamento diminuiu, de 30 para 13 dias, 55% de melhoria. No gráfico de tendências, é possível observar que, após a intervenção, os resultados permaneceram abaixo da mediana do período anterior, por todo o período de avaliação (sete meses consecutivos), configurando uma mudança de padrão com um valor  $p < 0.05$ . Antes da intervenção, apenas 6,5% dos pacientes foram operados em até 20 dias. Após a intervenção, esse número subiu para 60%. O número de cirurgias eletivas também aumentou em 77%. **Conclusões:** As intervenções realizadas conseguiram promover o acesso mais oportuno dos pacientes aos procedimentos cirúrgicos eletivos, melhorando a qualidade do cuidado em saúde.

## 26101 - RECOMENDAÇÕES PARA A QUALIDADE DO CUIDADO FRENTE ÀS DIMENSÕES DE CERTIFICAÇÃO EM EXPERIÊNCIA DO PACIENTE

NANCY ITOMI YAMAUCHI - NÚCLEO DE PESQUISA DA PATIENT CENTRICITY CONSULTING, KELLY CRISTINA RODRIGUES - NÚCLEO DE PESQUISA DA PATIENT CENTRICITY CONSULTING, VIVIANE BARRÉRE MARTIN TAFFNER - NÚCLEO DE PESQUISA DA PATIENT CENTRICITY CONSULTING, RAFAEL RODRIGO DA SILVA PIMENTEL - NÚCLEO DE PESQUISA DA PATIENT CENTRICITY CONSULTING, ANA CLÁUDIA ALCÂNTARA GARZIN - NÚCLEO DE PESQUISA DA PATIENT CENTRICITY CONSULTING (SÃO PAULO, SP)

**Introdução:** A experiência do paciente pode ser definida como a somatória das interações moldadas pela cultura institucional que influenciam a percepção do paciente durante o seu cuidado, ocorrendo independente do âmbito em que é assistido. Ela também é decorrente da segurança e qualidade assistencial, do cuidado centrado na pessoa e da excelência na jornada. Nesse sentido, a qualidade é um elemento de fundamental importância e reflete na experiência, devendo ser revista constantemente. **Objetivo:** Analisar as recomendações para a qualidade do cuidado que repercutem na experiência do paciente em relação às seis dimensões da certificação espanhola Patients First. **Método:** Foi realizada uma revisão integrativa, com as publicações obtidas nas bases PubMed, SCOPUS, CINAHL e no banco de dados da BVS, com recorte temporal dos últimos cinco anos, de qualquer segmento da área da saúde, nos idiomas inglês, português e espanhol. As recomendações foram categorizadas dentro das dimensões desta certificação (1. Informação de qualidade e adequada; 2. Apoio emocional: Cuidar do invisível; 3. Captura e compreensão da experiência do paciente; 4. Transformação e melhoria da experiência dos pacientes, seus familiares e serviços de saúde com foco nas necessidades do paciente; 5. Envolvimento e apoio aos profissionais; 6. Empoderamento, autogestão e codecisão). **Resultados:** Os resultados mostraram que as recomendações estão mais relacionadas aos aspectos gerenciais e assistenciais na área hospitalar. Quanto às dimensões, cada recomendação pode estar relacionada a mais de uma ao mesmo tempo, sendo destacadas nas publicações: a Informação de qualidade e adequada; Apoio emocional: Cuidar do invisível; Captura e compreensão da experiência do paciente; Transformação e melhoria da experiência dos pacientes, seus familiares e serviços de saúde com foco nas necessidades do paciente). **Conclusão:** Independente do âmbito de atuação, as instituições de saúde têm se preocupado com a melhoria da experiência do paciente. Ressalta-se que as dimensões “Envolvimento e apoio aos profissionais” e “Empoderamento, autogestão e codecisão” foram as mais difíceis de ser identificadas, demonstrando a amplitude destes temas e um forte potencial de exploração científica.

**26332 - REPERCUSSÃO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO AUTOCUIDADO DO IDOSO POLIMEDICADO: RELATO DE UMA INTERVENÇÃO FARMACÊUTICA**

ALAN MAICON DE OLIVEIRA - FACULDADE DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (FCFRP-USP), BÁRBARA FALASCHI ROMEIRO - FACULDADE DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (FCFRP-USP), JOÃO PAULO VILELA RODRIGUES - FACULDADE DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (FCFRP-USP), FABIANA ROSSI VARALLO - FACULDADE DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (FCFRP-USP), LEONARDO RÉGIS LEIRA PEREIRA - FACULDADE DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (FCFRP-USP)

**Introdução:** Idosos, frequentemente acometidos por polimorbidades e uso de polifarmácia, tornam-se fragilizados para além de seu próprio envelhecimento físico e orgânico. Por diferentes razões referentes ao tratamento, ao cuidado em saúde prestado ou à própria condição biopsicossocial dos idosos, os problemas de não adesão à farmacoterapia se fazem presentes constantemente. Estes são importantes problemas de segurança que requerem das mais diversas, e muitas vezes combinadas, estratégias para solucioná-los. O cuidado farmacêutico é importante ferramenta para garantir uma farmacoterapia racional para essa população e com potencial para reduzir a morbimortalidade. **Objetivos:** Descrever o acompanhamento farmacoterapêutico a um idoso hospitalizado e destacar uma intervenção voltada para a adesão à farmacoterapia. **Descrição da execução:** Mediante a atuação das atividades do acompanhamento farmacoterapêutico (acolhimento, anamnese, registro de dados subjetivos e objetivos, coleta de informações do prontuário, avaliação do caso e realização do plano de cuidado para prevenir, identificar e solucionar problemas relacionados à farmacoterapia), realizadas na enfermaria da geriatria do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (CAAE: 99298718.1.3001.5440), foi planejada uma estratégia individualizada de promoção da educação em saúde de um idoso portador de polimorbidades, em uso de polifarmácia, e confuso com a mesma, apresentando, por exemplo, histórico de quedas por uso incorreto de insulinas, entre outros eventos. Na alta hospitalar, foi confeccionada uma bolsa com divisórias, diferenciando períodos do dia, para correta organização dos medicamentos e uma lista didática descritiva sobre o modo de uso dos mesmos. Acompanhou-se o paciente até sua residência, a fim de garantir que a intervenção pudesse ser colocada em prática e, durante a semana, o idoso foi contactado via telefonemas, para averiguar a adesão ao método e os desfechos em relação à parâmetros clínicos (como mensuração da glicemia capilar). **Análise dos resultados:** A alta hospitalar qualificada, munida de esclarecimentos e orientações sobre as demandas de saúde, representa uma transição do cuidado bem amparada e com maiores chances de promoção da segurança do paciente em nível domiciliar. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** O idoso relatou melhor adesão a sua farmacoterapia e ausência de eventos de hipoglicemia e queda. Demonstrou se sentir amparado e envolvido no autocuidado. O cuidado farmacêutico, incluído na equipe multidisciplinar, contribuiu para a identificação de indivíduos vulneráveis, com maiores riscos de desenvolver eventos adversos (devido à complexidade de seus regimes terapêuticos), e conseqüentemente, para a prevenção destes. Ademais, verificou-se que é uma prática capaz de atender necessidades de saúde individuais, pois é centrada na pessoa.



**26026 - SATISFAÇÃO DO PACIENTE EM AMBITO HOSPITALAR: REVISÃO INTEGRATIVA**

GRAZIELE GORETE PORTELLA DA FONSECA - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, FRANCIELY DAIANA ENGEL - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, MÁRCIO KIST PARCIANELLO - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, LUCIANE FLORES JACOBI - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, ANA LÚCIA SCHAEFER FERREIRA DE MELLO - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

**Introdução:** A satisfação do paciente é um indicador utilizado para a avaliação da qualidade do cuidado e, por conseguinte, avaliar os serviços de saúde. **Objetivo:** Identificar na literatura os fatores relacionados à satisfação do paciente no ambiente hospitalar. **Método:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura desenvolvida a partir de buscas sistematizadas nas bases SciELO, LILACS, BDTD e Pubmed, nos meses de janeiro e fevereiro de 2022. Utilizou-se os descritores “satisfação do paciente”, “gestão da qualidade” e “enfermagem” e seus correspondentes termos em inglês, conforme necessário, juntamente com o operador booleano AND. Os critérios de inclusão estabelecidos foram: pesquisas primárias desenvolvidas no período de 2014 à 2021, disponíveis na íntegra e gratuitamente, em português, inglês ou espanhol. Os estudos foram organizados em dois tópicos, a partir da análise de conteúdo dos estudos lidos na íntegra: 1. Satisfação do paciente como indicador da qualidade e 2. Gestão da qualidade na enfermagem. **Resultados:** A busca resultou inicialmente em 1.682 estudos, sendo 9 LILACS, 48 BDTD, 506 SciELO e 1.119 Pubmed. Destes, após utilização dos critérios de inclusão e exclusão, foram incluídos 16 estudos para análise final; um era de Portugal (12,5%), dez do Brasil (62,5%) e quatro dos EUA (25%). A satisfação do paciente se constitui da experiência vivenciada acerca do atendimento recebido durante sua internação. Logo, é indicador importante para verificação de falhas da assistência e para subsidiar a melhoria do cuidado. A gestão da qualidade na enfermagem ocorre pela atuação do enfermeiro líder, por meio da comunicação efetiva, fazendo com que o paciente se sinta seguro e confiante no cuidado recebido. Ainda, para o alcance da qualidade e satisfação do paciente é preciso focar na produção de saúde centrada no paciente, não somente na doença/agravo. Embora haja diversos elementos que interferem na satisfação, a comunicação do enfermeiro líder é relevante para a obtenção de resultados positivos, pois faz o paciente sentir-se seguro e satisfeito. **Conclusão:** A satisfação do paciente oferece subsídios para as instituições hospitalares realizarem melhorias no cuidado ofertado, considerando a experiência do paciente, constituindo-se como importante indicador de qualidade.

## 26169 - SEGURANÇA DO PACIENTE NA PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA: VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO

SARAH MARIA ANTUNES GOMES - ESCOLA SUPERIOR EM CIÊNCIAS DA SAÚDE, LEILA BERNARDA DOATO GOTTEMS - ESCOLA SUPERIOR EM CIÊNCIAS DA SAÚDE (BRASÍLIA, DF)

**Introdução:** A Política Nacional de Segurança do Paciente desde 2013, no Brasil, tem fomentado o aumento exponencial de experiências e produção de conhecimentos com foco nos serviços hospitalares, os quais, nem sempre, podem ser transferidos para os demais serviços e níveis de atenção. Assim, identificou-se lacunas na literatura e nas práticas de segurança do paciente na Atenção Primária (APS). **Objetivo:** Criar e validar um instrumento para levantar experiências entre usuários da APS, quanto à ocorrência de incidentes dentro do escopo das dimensões da segurança do paciente, segundo diretrizes internacionais. **Método:** Foi realizado um estudo misto em etapas: 1) revisão de literatura que buscou categorizar os principais eventos relacionados a incidentes de segurança do paciente ocorridos na APS, que subsidiou a definição de constructos, a saber: incidentes administrativos; de comunicação; erro e atraso de diagnóstico; erro de prescrição, dispensação e administração de medicamentos; erro de registro e a categoria outros, que reuniu diferentes ocorrências. 2) criação de um instrumento para permitir coletar a percepção do usuário sobre a assistência que lhe é prestada; 3) validação de conteúdo e aparente com 10 especialistas; Os itens do instrumento foram analisados com base no Content Validity Index (IVC), no Coeficiente alfa de Cronbach (AC) e Intraclass correlation coeficiente (ICC). Dados coletados de dezembro/2021 a março/2022. Projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS/DF. **Resultados:** Os especialistas classificaram os itens com base em sua clareza, sua pertinência teórica e sua relevância. O IVC foi de 0,869, que é considerado excelente, quando acima de 0,78. Foram eliminados cinco itens que pontuaram abaixo desse valor. O AC foi de 0,985 (I.C. 95% 0,969 – 0,996) para o instrumento geral, sendo aceitável valores acima de 0,70. o ICC foi de: 0,982 (I.C. 95% 0,962 – 0,995) para o instrumento geral. **Discussão:** Os valores de IVC e de AC do instrumento sugerem que ele apresenta ótima consistência interna para avaliar a segurança do paciente na APS. O valor do ICC avalia a concordância entre mais de dois conjuntos de dados ou mais de dois avaliadores. Atualmente ele é também um valor muito utilizado para determinar a validade do conteúdo de um instrumento, por meio da concordância entre juízes. Os valores de ICC sugerem alta concordância entre os avaliadores, para os 3 critérios, principalmente o critério clareza e uma excelente concordância ao avaliar o questionário como um todo. **Conclusão:** Os resultados encontrados na análise do julgamento dos itens confirmaram que os constructos inicialmente elaborados são adequados para captar a percepção que o usuário possui a respeito da segurança do paciente.

**26306 - SEGURANÇA DO PACIENTE NO CUIDADO HOSPITALAR: UMA REVISÃO SOBRE A PERSPECTIVA DO PACIENTE**

VANESSA CRISTINA FELIPPE LOPES VILLAR - INSTITUTO NACIONAL DE INFECTOLOGIA EVANDRO CHAGAS, FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, RIO DE JANEIRO, BRASIL, SABRINA DA COSTA MACHADO DUARTE - ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY, UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO, BRASIL, MÔNICA MARTINS - ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA, FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (RIO DE JANEIRO, RJ)

**Objetivo:** Revisar a literatura sobre os incidentes, eventos adversos e seus fatores contribuintes no cuidado hospitalar, descritos segundo a perspectiva do paciente. **Método:** Revisão narrativa da literatura com busca sistemática, tendo como questão norteadora: “Quais são os incidentes, eventos adversos e fatores contribuintes identificados pelos pacientes, seus familiares e cuidadores na prática do cuidado hospitalar?”. A busca dos dados foi realizada nas bases MEDLINE, Scopus e LILACS no período de 2008 a 2019. Foram identificados inicialmente 2.686 estudos sendo selecionados 167 para leitura, considerando-se os critérios de elegibilidade previamente definidos. Destes, 24 artigos foram selecionados e submetidos à análise temática de conteúdo. **Resultados:** Na síntese das informações extraídas dos 24 artigos emergiram quatro categorias: (i) Terminologia usada para definir incidentes e eventos adversos, destacando-se diferentes nomenclaturas como erro e erro médico; (ii) Incidentes e eventos adversos identificados pelos pacientes, familiares e cuidadores relacionados ao processo de medicação, cirurgia, infecções relacionadas à assistência à saúde, quedas e lesão por pressão; (iii) Percepção do paciente quanto os fatores contribuintes para o cuidado inseguro, destacando-se problemas relacionados à comunicação, higienização das mãos e identificação do paciente; (iv) Sugestões dos pacientes para prevenir a ocorrência de incidentes e eventos adversos, incluindo treinamento de profissionais, elaboração de listas de verificação, escuta do paciente e adequação do ambiente. **Considerações finais:** Os pacientes são capazes de identificar incidentes e eventos adversos no cuidado, e sua participação e contribuição em iniciativas voltadas para a melhoria da qualidade e da segurança do cuidado devem ser encorajadas e crescentemente valorizado o seu protagonismo. Evidenciou-se a importância de se conhecer os incidentes, eventos adversos e fatores contribuintes reportados pelos pacientes e familiares, para que somados aos identificados pelos profissionais contribuam para a elaboração de um plano de melhoria da qualidade do cuidado.

**26335 - SEPSE EM ADULTOS E O PAPEL DO ENFERMEIRO FRENTE A SUA DETECÇÃO**

JULIA LAURA FRANCO DE OLIVEIRA, GRAZIELE DE OLIVEIRA PEREIRA

Sepse vem de “sepo”, que tem o significado de podridão, é de origem grega e foi falada pela primeira vez na Grécia antiga. É conhecida como um estado de competência fatal onde o corpo age com uma resposta inflamatória a uma infecção. Um tempo depois da descoberta foi mencionada por um médico e por Hipócrates nos meados de 400 a.C., sendo considerada por ambos uma complicação biológica com potencial fatal ao corpo. Desde então a sepsé vem sendo um grande problema de saúde pública com altas taxa de mortalidade. A sepsé está entre as dez maiores causas de mortes, sendo um problema de saúde mundial que afeta todas as idades e classes econômicas. Estima-se que há cerca de 20 milhões de casos, anualmente, com taxa de mortalidade ultrapassando 50% nos pacientes mais graves. Estudos indicam que a taxa de ocorrência de sepsé aumenta a cada ano nos hospitais por conta do aumento da expectativa de vida, elevando assim o número de idosos, pessoas portadoras de doenças crônicas e imunossuprimidos. Houve diversas atualizações desde 2001 referente a definições de sepsé e atualizações de protocolos. A última ocorreu em 2018, formando hoje as seguintes definições: Infecção que está relacionada a alteração metabólica sem disfunção orgânica e independentemente da presença de sinais de Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica (SIRS). Já a sepsé está associada a disfunção orgânica tendo ou não confirmação de infecção e sinais de SIRS e o choque séptico é considerado um agravamento do quadro de sepsé onde o paciente evolui com hipotensão não responsiva a reposição volêmica ( $PAM \leq 65\text{mmHg}$ ) independente da alteração do lactato. Outra atualização feita pelo Instituto Latino Americano de Sepsé (ILAS), exclui a Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica (SIRS) como um critério para definir o diagnóstico de sepsé, passando a ser um instrumento de triagem para a sinalização e potencial risco para o agravamento da infecção, sendo seus principais sinais: temperatura central  $> 38,3^\circ$  ou  $< 36^\circ$ ; frequência cardíaca  $> 90$  bpm; frequência respiratória  $> 20$  rpm ou  $\text{PaCO}_2 < 32\text{mmHg}$ ; leucócitos totais  $> 12.000/\text{mm}^3$  ou  $< 4.000/\text{mm}^3$  ou presença de  $> 10\%$  de formas jovens (desvio á esquerda). Mudanças no score qSOFA 4 e no pacote de 6 foram feitas, onde o qSOFA4 define 3 componentes: rebaixamento do nível de consciência, frequência respiratória  $\geq 22$  imp e pressão arterial sistólica de 100 mmHg, sendo utilizada para identificar pacientes com maior risco de óbito. Já o pacote de 6 horas foi alterado para pacote de 1 hora. Em pacientes que foram diagnósticos com choque séptico será necessária uma reavaliação dentro das primeiras 6 horas. Para um paciente ser inserido no protocolo cada instituição irá decidir juntamente com a equipe a melhor conduta a ser tomada com base em suas disponibilidades e limitações. O objetivo da aplicação do protocolo visa reduzir o tempo de internação hospitalar, o custo do tratamento, o retorno precoce do paciente a suas atividades rotineiras e garantir a qualidade do atendimento multiprofissional tendo como principal foco a redução da mortalidade. Visto a gravidade da morbimortalidade dessa doença, o enfermeiro tem um papel de extrema importância na detecção de alterações nos sinais e sintomas que possam caracterizar a sepsé, deve possuir habilidades técnicas e científicas acarretando em um cuidado mais seguro ao paciente. A equipe de enfermagem atua de maneira integral nos cuidados com o paciente beira leito, sendo ela o principal observador e comunicador de suas alterações clínicas. O papel da enfermagem é de extrema importância na sepsé, é necessário que toda a equipe tenha ciência do quadro clínico, suas possíveis complicações e estar treinada para oferecer o melhor atendimento. Com isso, ela poderá sinalizar de maneira embasada a equipe médica para abertura do protocolo, sendo um guia embasado em estudos científicos para orientar e direcionar de maneira segura quais serão os próximos passos que a equipe deverá prestar na assistência ao paciente séptico. O enfermeiro deve estar qualificado para lidar com a problemática da doença, conhecer todos os parâmetros que envolve a sepsé contribuindo na qualidade do cuidado, para assim poder realizar sua identificação precoce, controle e até mesmo prevenção. O objetivo desse artigo é

ressaltar a importância do enfermeiro no conhecimento amplo dos sinais característicos da sepse, tendo em vista que um bom prognóstico está relacionado à detecção precoce, resultando na diminuição de agravos e óbitos. Foi utilizada a metodologia do tipo revisão da literatura, onde buscamos fazer uma análise descritiva e qualitativa dos artigos que apresentavam como tema principal o papel do enfermeiro frente a sepse no período de abril a junho de 2022, onde foi realizada uma busca por artigos nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando descritores como sepse, protocolos, enfermeiros e diagnósticos. Foram selecionados os artigos que se enquadravam nos seguintes critérios: linguagem em português e foco na assistência prestada no Brasil, publicações anteriores a 2018 foram descartadas, sendo analisadas ao todo 30 artigos. A partir dos artigos levantados foram destacados os 6 principais assuntos abordados em cada revista: Papel do enfermeiro frente a sepse; Sepse e sinais de alerta; Protocolo da sepse; Óbitos por sepse e Recursos para sepse no Brasil. O papel do enfermeiro frente a sepse tem como objetivo conhecer as definições, conceitos, fisiopatologia, quadro clínico e intervenções terapêuticas pertinentes a sepse, podendo se tornar um multiplicador de conhecimentos para a equipe multiprofissional e contribuir para a implementação de protocolos e condutas, baseado em evidências científicas. As evidências demonstraram que o enfermeiro é fundamental na identificação precoce, controle e prevenção da sepse evitando a progressão da doença e contribuindo para a diminuição da morbidade e mortalidade. A sepse é definida como um conjunto de manifestações graves frente a resposta produzida por uma infecção. Seus sinais comprometem diversos sistemas causando alterações clínicas e laboratoriais. No sistema cardiovascular ocasiona taquicardia, hipotensão, edema periférico, diminuição da perfusão periférica, livedo, elevação de enzimas cardíacas, arritmias e hiperlactemia. No sistema respiratório há alterações como dispnéia, taquipnéia, cianose e hipoxemia. Em relação ao sistema neurológico encontram-se alterações como confusão, redução do nível de consciência, delírium, agitação e polineuropatias. Já no sistema renal há elevação de escórias e oligúria. No sistema hematológico podem apresentar anemia, leucocitose, leucopenia e plaquetopenia. As alterações gastrointestinais incluem gastroparesias, íleo adinâmico, úlceras de stress, hemorragias digestivas, diarreia e abdômen distendido. São encontradas no sistema hepático aumento de transaminases, enzimas canaliculares e diminuição do fluxo biliar. No sistema endócrino e metabólico pode-se observar hiperglicemia, dislipidemia, catabolismo proteico, hipoalbuminemia, comprometimento suprarrenal causando hipotensão e hipotireoidismo. O protocolo de sepse geralmente é implementado nos hospitais, é utilizado quando o paciente apresenta sinais de alerta característicos. Após a identificação do paciente com suspeita de sepse, condutas que visam a sua estabilização são prioritárias dando início ao pacote de 1 hora. O mesmo é composto dos seguintes itens: coleta de exames laboratoriais; lactato arterial; hemoculturas em focos distintos, prescrição e administração de antibióticos. A continuidade do cuidado é importante, por isso entende-se que durante as 6 primeiras horas o paciente deve ser reavaliado periodicamente, tendo grande importância na diminuição da mortalidade e o controle do foco infeccioso, garantindo assim ao segmento do cuidado. Os índices de mortes no Brasil decorrentes da sepse são muito elevados. Dados revelam que 30% dos leitos hospitalares são ocupados por pacientes com sepse grave, ocorrendo principalmente pelo choque séptico, decorrentes do impacto socioeconômico do país e pela falta de suprimentos, como medicamentos, treinamentos e protocolos específicos para o tratamento dessa infecção. Em uma pesquisa realizada em 2017 no Brasil, foram selecionados 60 municípios que apresentaram 6.500 mortes por sepse, sendo 30% do total do país. A faixa etária foi de 70 a 89 anos, predominante no sexo feminino sendo mais concentrada na região sudeste, tendo como causa principal específica o diabetes seguido por doenças digestivas. No Brasil há mais de 200 mil mortes por ano decorrentes da sepse, levando milhões de pessoas a óbito em todo o mundo, atingindo principalmente crianças e idosos. Mesmo depois que um paciente séptico é tratado seu

sistema imunológico fica comprometido por até 5 anos, segundo pesquisas o número de novas infecções nessas pessoas é de 3 a 5 vezes maior que em indivíduos que nunca tiveram sepse. Alguns dos fatores que podem contribuir para o aumento do número de óbitos incluem: falta de organização assistencial, medicações, diagnóstico tardio, tratamento inadequado, demora na procura de atendimento por parte do paciente, falta de recursos e problemas nos processos hospitalares. Vale ressaltar que a doença quando detectada precocemente é relativamente simples de ser tratada, necessitando basicamente de administração de antibióticos, fluidos, monitoramento do paciente e da análise da cultura bacteriana. Tendo em vista que se trata de uma doença grave, que quando não diagnosticada e tratada precocemente pode levar o paciente a óbito, a precocidade na identificação e no diagnóstico da disfunção orgânica e, conseqüentemente, seu tratamento estão diretamente relacionados com o prognóstico do paciente. Uma vez diagnosticada a sepse grave ou o choque séptico requerem condutas que visem a estabilização do paciente. Essas condutas são prioritárias e devem ser tomadas imediatamente dentro das primeiras horas. Com base nos artigos analisados fica evidente que o papel do enfermeiro é garantir uma assistência de qualidade com o objetivo de diminuir a mortalidade por sepse, identificando os sinais clínicos e planejando sua assistência de acordo com que o paciente precisa e esse processo ocorre por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Como no Brasil, o índice de mortalidade por sepse é bem elevado, tendo uma taxa de ocupação dos leitos hospitalares bem significativa, tal fato ocorre por múltiplos fatores onde alguns poderiam ser evitados diante de uma assistência mais qualificada e com um olhar mais amplo no cuidado. A faixa etária mais prevalente é acima de 70 anos e as mulheres são as mais afetadas. Mesmo após um tratamento efetivo o indivíduo pode ficar com sequelas por até 5 anos com maiores chances de adquirirem infecções. O estudo destaca ainda que mediante a vários fatores supracitados, faz-se necessário desenvolver um pensamento crítico, pois os sinais e sintomas de sepse podem ser não específicos e sutis, mas a evolução do quadro é rápida e preocupante. O reconhecimento das manifestações clínicas e da fisiopatologia da doença a beira leito garantem a redução da mortalidade e complicações no quadro do paciente, portanto, ter uma equipe com formação adequada, um olhar amplo, conhecimento técnico e protocolos instituídos é fundamental, pois assim agirá com mais assertividade e rapidez, minimizando os riscos e reduzindo a mortalidade da doença, tornando então essencial o conhecimento detalhado para uma prevenção adequada da sepse.

**26143 - TOMADA DE DECISÃO BASEADA NA EXPERIÊNCIA DO PACIENTE PARA COPRODUÇÃO DE PROCESSOS DE MELHORIA**

GABRIELA FREGONASSI TAQUETTI MARQUES - HOSPITAL SANTA RITA DE CÁSSIA, STEPHANNY DE CARVALHO BARBOSA - HOSPITAL SANTA RITA DE CÁSSIA, MARIAH SOARES SIMÕES RISCADO - HOSPITAL SANTA RITA DE CÁSSIA (VITÓRIA, ESPÍRITO SANTO)

A saúde é direito de todos e a busca das instituições que prestam esse tipo de serviço é aprimorar cada vez mais suas práticas para que os seus usuários sejam atendidos na totalidade de suas queixas e por meio de um atendimento humanizado. A experiência do paciente busca refletir eventos que acontecem de forma independente e coletiva em todo período que o paciente está sendo assistido, a fim de atender às suas necessidades individuais e envolvê-lo como parceiro em seus cuidados. Compreendendo a relevância do tema, questiona-se: De que forma a experiência do paciente pode trazer indicadores para ações de melhoria na prestação do serviço em saúde? Este trabalho teve por objetivo identificar as contribuições da experiência do paciente na tomada de decisões de melhorias e ações estratégica do atendimento em saúde, além de caracterizar os princípios do atendimento humanizado, que contribuem diretamente para a experiência positiva do paciente na internação. A metodologia utilizada foi a revisão de literatura de abordagem qualitativa e de natureza aplicada, associada a uma pesquisa exploratória, através da coleta de dados qualitativos em um hospital filantrópico. 585 pacientes foram interrogados durante sua Internação (junho a dezembro de 2021), onde 58% sentiram dores neste período e que em 73% dos casos houve abordagem sobre a intensidade da dor. Além disso, em 51% dos casos foi administrado algum medicamento que nunca havia sido usado e em 83% houve comunicação ao paciente sobre a finalidade da medicação. Notou-se que a maioria dos pacientes tiveram uma experiência positiva, porém alguns pontos específicos precisam de atuação, como o da clareza das informações sobre medicamentos e aprimorar a comunicação e orientações. A experiência do paciente não se trata apenas de uma pesquisa de satisfação, cujo propósito é inferir dados subjetivos, mas sim de instrumentos para mensurar de modo mais detalhado possibilitando ações de melhoria na assistência. Ela representa uma somatória de todas as interações que influenciam a percepção do paciente sobre seus cuidados. Sem a pretensão de esgotar o assunto, este trabalho discorreu sobre a importância de utilizar as experiências do paciente como estratégia para coprodução de saúde, estando intrinsecamente ligada com o processo de humanização, tal reflexão trouxe muitos aprendizados e embasamento para a prática profissional.

## 26276 - USO DA “CAIXA MÁGICA” NA EDUCAÇÃO DA POPULAÇÃO PARA HIGIENIZAR AS MÃOS DURANTE A PANDEMIA

HORACIO TAMADA - FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE RONDONIA, MARIO CELSO CARAL DE SOUZA CARVALHO - FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE RONDONIA, MATHEUS HENRIQUE DA SILVA ONO - FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE RONDONIA, TATIANA TOMOE DO - HOSPITAL DE BASE DR. ARY PINHEIRO - PORTO VELHO, RO, TATIANE FREITAS - HOSPITAL DE BASE DR. ARY PINHEIRO - PORTO VELHO, RO, IAN HAENDEL MENDONÇA GABRIEL - HOSPITAL DE BASE DR. ARY PINHEIRO - PORTO VELHO, RO

**Introdução:** Em 11 de março de 2020 a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou o surto do então “Novo Coronavírus”, sendo identificado pela primeira vez em Wuhan (China) disseminando-se rapidamente ao redor do mundo (COSTA, et al, 2020; GARCIA, 2020). O contágio indireto se dá quando uma pessoa não infectada pelo vírus toca em algum objeto, por exemplo maçanetas, embalagens, celulares, contaminado pelo vírus e logo em seguida leva suas mãos ao rosto em contato com mucosas como olhos, nariz e boca (LOTFI., et al, 2020). Os princípios básicos e fundamentais de contenção do vírus e diminuição da sua disseminação continuam sendo os métodos de prevenção não medicamentosos, dentre estes, a higienização das mãos com álcool em gel (LOTFI, et al, 2020). Desse modo, a ação “Educação em Saúde - Covid 19” surgiu com o intuito de educar e levar informação para a população de Porto Velho em geral a respeito dos protocolos individuais e coletivos de prevenção à pandemia de Covid-19. **Objetivo:** Informar e educar a respeito dos métodos não medicamentosos de prevenção da Covid - 19 para a população em geral de Porto Velho - RO. **Objetivos Específicos:** Conscientizar a população sobre a importância do uso de máscara, higienização das mãos e uso de álcool em gel no combate ao coronavírus; Demonstrar o uso correto do álcool gel através do uso de substância fluorescente à luz negra. **Descrição da execução:** A ação foi desenvolvida no Espaço Alternativo (Porto Velho - RO), contando com uma estrutura física composta por tenda, “caixa da verdade” (caixa com luz negra), álcool em gel com piranina - composto presente em marca textos, onde os participantes eram avaliados quanto ao uso do álcool em gel nas mãos. Após a higienização, as mãos eram introduzidas na caixa com luz negra. Áreas não higienizadas corretamente não brilham. Diante dos resultados, os participantes recebiam orientações sobre a correta higienização. **Análise crítica dos resultados:** Os objetivos foram alcançados, mas necessita de mais campanhas em diferentes locais. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** O uso do álcool com substância fluorescente facilita a compreensão quanto a higiene das mãos e a participação se dá de maneira lúdica.

**Descritores:** Segurança do Paciente; COVID-19; Educação em Saúde.

**Existência de Financiamentos:** A ação foi realizada por meio dos recursos da Liga Acadêmica de Anatomia Humana de Rondônia (LANARO), entidade sem fins lucrativos.



## **E-POSTER – TRILHA 4**

**E-POSTER: EP04\_Pesquisa e educação em qualidade em saúde e segurança do paciente**

## 26182 - A AVALIAÇÃO DE INDICADORES ASSISTENCIAIS COMO ESTRATÉGIA EDUCATIVA PARA TREINAMENTO EM ENFERMAGEM

THAIS MOREIRA DE SENA - HOSPITAL DR. CARLOS ALBERTO STURDAT GOMES, SWYANNE LEITÃO NOBRE - HOSPITAL DR. CARLOS ALBERTO STURDAT GOMES, ANDRESSA CORIOLANO EVARISTO PINHEIRO - HOSPITAL DR. CARLOS ALBERTO STURDAT GOMES, KARLEANDRO PEREIRA DO NASCIMENTO - HOSPITAL DR. CARLOS ALBERTO STURDAT GOMES, SILVANIA BRAGA RIBEIRO - HOSPITAL DR. CARLOS ALBERTO STURDAT GOMES, ISABELLE BARBOSA PONTES - HOSPITAL DR. CARLOS ALBERTO STURDAT GOMES (FORTALEZA, CE)

**Introdução:** Os indicadores podem ser considerados como medidas quantitativas utilizadas para reavaliar, replanejar e reorganizar as atividades do serviço, oferecendo subsídios para a tomada de decisão, de modo que auxiliem na melhoria da qualidade do serviço prestado. Este estudo mostrou a implantação de um planejamento educacional direcionado pela avaliação de indicadores assistenciais, como forma de iniciativa de melhoria na assistência no cuidado ao paciente. **Objetivo:** Relatar a estratégia de abordagem de temas para treinamento da equipe assistencial de enfermagem baseados na análise de indicadores mensais, em uma unidade pediátrica de um hospital terciário em Fortaleza, Ceará. **Descrição da execução:** Os dados utilizados como referência foram compilados no período de janeiro de 2021 a junho de 2022, onde diariamente são registrados pela enfermeira assistencial informações referentes a indicadores da assistência, como perda de sonda, perda de acesso venoso, broncoaspiração, queda, lesão por pressão, flebite, assadura, erros de identificação do paciente e dias de equipe incompleta. A cada trimestre, esses dados são analisados em reunião e compilados em nova planilha, onde são avaliados quanto às possíveis causas, de forma a se identificarem pontos específicos para abordagem educacional junto a equipe, direcionada e pontual. Após essa análise, o conteúdo dos treinamentos é discutido e otimizado. **Análise crítica dos resultados:** Esse tipo de estratégia foi adotado como forma de operacionalizar o processo educacional em serviço, baseado em evidências encontradas de acordo com o perfil dos pacientes e profissionais de cada setor, procurando despertar maior interesse na participação e busca por soluções conjuntas. Durante a prática desse tipo de estratégia, pudemos observar que a equipe assistencial demonstrou maior interesse pelo treinamento quando o mesmo passou a abordar temas específicos da unidade, voltados para eventos de ocorrência recente. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade no cuidado:** Os resultados passaram a refletir de forma positiva à medida que os atores se sentiram mais envolvidos no processo, visto que um dos desafios no estudo seria a falta de adesão às medidas propostas.

**26089 - A IMPORTÂNCIA DA FARMÁCIA CLÍNICA NA PREVENÇÃO DE ERROS DE PRESCRIÇÃO EM UMA CLÍNICA CIRÚRGICA**

MAXSYARA FELISMINO DA SILVA SOARES - UFPB-HULW, LISANDRA FRANCILINO FERNANDES - UFPB-HULW, BEATRIZ BARROS MARTINS - UFPB-HULW, FLÁVIA PESSOA DE BELMONT FONSECA CARDOSO - UFPB-HULW, MABEL MENDES CAVALCANTI - UFPB-HULW (PARAÍBA)

Em 2017, a Organização Mundial de Saúde (OMS) apresentou o 3º Desafio Global de Segurança do Paciente com a temática “Medicação sem danos”. O protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos define as práticas seguras para a prescrição de medicamentos, dentre elas, informações como diluição adequada e tempo de infusão dos medicamentos endovenosos, estão contempladas. O farmacêutico clínico avalia as prescrições com o intuito de conferir maior segurança no uso de medicamentos no ambiente hospitalar. Ao realizar a avaliação das prescrições da Clínica Cirúrgica de um Hospital Universitário da Paraíba, foi detectada comumente a ausência, na prescrição, de diluente e volume adequados, assim como do tempo de infusão. Com o objetivo de contribuir com a diminuição dos erros de prescrição, em outubro de 2022, foi realizado um levantamento dos medicamentos endovenosos prescritos nos três meses anteriores e construída uma tabela contendo os diluentes compatíveis, volume adequado e tempo de infusão para cada um dos medicamentos listados, com informações baseadas na literatura técnico-científica. Posteriormente, a tabela foi amplamente divulgada entre os profissionais prescritores do local de estudo e foram realizadas intervenções farmacêuticas, quando nas prescrições eram detectadas a ausência das informações supracitadas ou erro nas mesmas. As intervenções são comumente registradas em planilhas específicas, no serviço de farmácia clínica. No mês de outubro o total de intervenções farmacêuticas acerca de pontos de melhorias na prescrição médica foi 68, dos quais 64,7 % foram intervenções no tocante à adequabilidade do diluente, volume e tempo de infusão. Apesar de uma resistência inicial de alguns prescritores, em dezembro conseguimos visualizar um aprimoramento da qualidade na prescrição, por meio do quantitativo de intervenções gerais, 36 no total, assim como intervenções específicas abordadas na tabela, cujo percentual foi 33,3%. Pode-se observar uma diminuição no quantitativo de intervenções gerais e dentre as estudadas. Destarte, é possível concluir que a iniciativa contribuiu com o aprimoramento da qualidade das prescrições na clínica estudada e que o serviço de farmácia clínica é primordial neste processo.

**26207 - A INFLUÊNCIA DA CULTURA ORGANIZACIONAL FRENTE AOS INCIDENTES**

MAYSA DE CARVALHO FIGUEIREDO - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL REI, STÉFANY BRITO PEREIRA - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL REI, RAFAELA ANDRADE DOS SANTOS LOPES - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL REI, FERNANDA MARQUES FERNANDES - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL REI, HELEN CRISTINY TEODORO COUTO RIBEIRO - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL REI (MINAS GERAIS)

**Introdução:** A cultura organizacional pode ser entendida como um processo de construção e compartilhamento da realidade de uma instituição, ou seja, compartilha normas, valores e padrões de comportamento no ambiente de trabalho. Esta cultura assume papel essencial na vida das organizações e configura uma identidade coletiva. **Objetivo:** Conhecer como os profissionais de um hospital lidam com incidentes na instituição. **Método:** Trata-se de um estudo de caso com abordagem qualitativa. Participaram 32 profissionais de um hospital público de Minas Gerais. Realizou-se entrevistas com os participantes, utilizando-se um roteiro semiestruturado. A análise de dados foi com base no referencial de Bardin, utilizando a técnica da análise de conteúdo temática à luz do pensamento complexo de Edgar Morin. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética sob o Parecer nº 619.723. **Resultados:** Os profissionais revelaram que a maior parte dos incidentes que ocorrem ainda ficam somente nos bastidores, naquele plantão específico. Além disso, não se conta para os pacientes e familiares (disclosure) quando um erro ocorre. O receio vem em decorrência das possíveis consequências, como advertência, dispensa e/ou suspensão, ou seja, ainda não existe uma cultura em que se aprende com o erro na instituição cenário deste estudo. **Discussão:** Frente a este cenário de uma cultura para segurança ainda imatura, diversas estratégias devem ser empregadas pelas organizações de saúde para se criar sistemas mais seguros. Destaca-se a simplificação, a padronização, a utilização de repetições, a melhoria do trabalho em equipe, a comunicação e o aprendizado a partir dos erros já cometidos no passado. O erro é um evento comum ao ser humano, mas ocultar os erros ou não aprender com eles é imperdoável. É necessário a promoção de uma nova cultura que rompa a cultura do silêncio. **Conclusão:** A pesquisa possibilitou evidenciar que a cultura punitiva frente aos erros fortalece cada vez mais a omissão e as subnotificações de incidentes na assistência. É fundamental que a liderança se posicione favoravelmente ao aprendizado a partir dos erros, implantando o processo de identificação dos riscos e avaliação de todos os incidentes ocorridos a fim de prevenir e mitigar futuros erros.

**26191 - A PERCEPÇÃO DE GESTORES E ESPECIALISTAS SOBRE RISCOS EM HOSPITAIS**

LAURA SCHIESARI - FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS / EAESP, ANA MARIA MALIK - FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS / EAESP, CINTHIA COSTA - BP; FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS / EAESP (SÃO PAULO, SP)

**Introdução:** Há diferentes percepções e interpretações dos riscos existentes na saúde, em suas diferentes lógicas. Organizações de saúde em geral e hospitais em especial reúnem condições e processos que podem favorecer a ocorrência de incidentes, podendo comprometer a saúde dos indivíduos, apesar das diferentes políticas e procedimentos existentes. **Objetivos:** Analisar a percepção de gestores sobre riscos em hospitais, identificar e propor princípios para a gestão dos mesmos. **Metodologia:** Estudo qualitativo com abordagem hermenêutico-dialética. Realizadas entrevistas semi estruturadas com gestores de 35 hospitais do estado de São Paulo, 16 acreditados e 19 não acreditados. Realizada análise de conteúdo segundo Bardin. Elaborado conjunto de princípios relacionados aos riscos submetidos a 31 especialistas, com utilização do método Delphi para validação das respostas. As respostas foram analisadas por meio de medidas de tendência central, havendo grande concordância. **Resultados:** Para os gestores, o hospital é visto como uma instituição cheia de riscos. Os conceitos relacionados a risco são abrangentes, sendo identificados dois núcleos de sentido, o primeiro com conotação negativa, e o segundo como algo que pode ocorrer, mas que deve ser evitado ou com o qual se convive. Diferentes tipos de risco foram considerados inerentes ao ambiente hospitalar. Falhas cometidas pelos profissionais, as doenças propriamente ditas, procedimentos, etc. podem comprometer a segurança do paciente. Pacientes e profissionais estão constantemente expostos a riscos, havendo por vezes falta de recursos para prover cuidado de qualidade. Há diferenças na percepção de risco de acordo com o tipo de hospital e seu status de acreditação. A acreditação parece favorecer a gestão do risco. Há reconhecimento da importância dos protocolos assistenciais, da padronização de condutas, da existência de equipe dedicada à gestão de risco, além da qualificação dos profissionais. **Conclusão:** Ações efetivas e contínuas relacionadas à gestão do risco devem considerar evidências científicas, além da percepção dos profissionais e pacientes. A matriz desenvolvida traz ideias simples que permitem mostrar a distância entre o que os especialistas pregam e o que é realizado, apontando possíveis oportunidades para tornar as ações mais efetivas.

## 26134 - A PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO SOBRE EVENTOS ADVERSOS

BRENDA WASHINGTON DA CRUZ SANTOS - UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO, TIFFANI MATOS OLIVEIRA, ELIZA KREITLOW LEMPKE - UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO, CARLA ADRIANA MARQUES - UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO, FLÁVIA BATISTA PORTUGAL - UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

**Introdução:** A Unidade de Pronto Atendimento (UPA) constitui estabelecimento de saúde que tem por objetivo atuar no restabelecimento dos parâmetros vitais dos indivíduos que necessitam de atendimento rápido, contudo, essa unidade apresenta diversos desafios, uma vez que inúmeros fatores, como a sobrecarga de trabalho, colaboram para a ocorrência de Eventos Adversos (EA), caracterizado como um incidente que resulte em dano ao paciente. **Objetivo:** Analisar a perspectiva dos profissionais de diversas áreas, quanto aos eventos adversos ocorridos em uma UPA. **Método:** Trata-se de um estudo transversal descritivo, com abordagem quantitativa. A pesquisa foi desenvolvida em uma UPA do município de Fundão após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFES (conforme CAAE 36849320.9.0000.5060 em 25/08/2020) e contou com 43 profissionais. Utilizou-se o software Pacote Estatístico para Ciências Sociais (SPSS) para análise, considerando resultado estatisticamente significativo quando valor de  $P \leq 0,05$  para o Teste Qui-Quadrado e Teste Exato de Fisher. **Resultados:** Dentre os achados, 36 (84%) pessoas afirmam que os EA não são notificados, 34 (79%) pessoas negam que já tenham cometido algum erro que tenha causado danos ao paciente, 29 (67%) pessoas negam terem cometido algum erro que foi percebido e que não representou danos ao paciente e 25 (58%) pessoas afirmam conhecer alguém do trabalho que já cometeu algum EA. No que diz respeito a pergunta “você sabe o que é um evento adverso?”, obteve-se um diferencial estatisticamente significativo na variável profissão (p-valor de 0,005), onde 76% dos participantes (35 pessoas) sabem o que é um evento adverso; entretanto, ao analisar por categoria profissional, somente 1 pessoa da equipe de enfermagem negou saber o que é o EA, enquanto 15 profissionais de outras profissões também afirmam também não saber o que é EA. **Discussão:** Observou-se que 40% dos entrevistados que não são profissionais da enfermagem não tem conhecimento do que é EA. Justifica-se este achado pois, embora toda equipe multiprofissional tenha papel na identificação EA, essa tarefa é percebida como, majoritariamente, atribuição do enfermeiro. **Conclusão:** O estudo evidenciou a importância de se esclarecer o papel de cada indivíduo na segurança do paciente, de modo que todos sintam-se responsáveis, seja por ação individual e/ou coletiva.

## 26104 - A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE: REPENSANDO O ACOLHIMENTO DE PACIENTES COM QUEIXA DE DOR

JORDANA RABELO BERGONSO - HOSPITAL REGIONAL DE ASSIS (ASSIS, SP)

**Introdução:** A relação médico-paciente influencia todo o cuidado para com o paciente com queixas álgicas, podendo ser base do sucesso ou importante causa para o fracasso das medidas terapêuticas. Essa relação é dependente de construção bilateral de respeito, empatia e confiança, além de definir a produtividade das consultas subsequentes. A humanização nas práticas da saúde tem sido assunto discutido na formação médica acadêmica e tem se mostrado eficiente no desenvolvimento do processo de saúde-doença. O cuidado para com o paciente não depende apenas de tratamento medicamentoso/intervencionista, mas de uma gama de fatores inerentes ao indivíduo e ao que este eleger como significantes para qualidade de vida. **Objetivo:** Aprofundar o conhecimento dos fenômenos biopsicossociais na importância da relação médico-paciente no atendimento quando as queixas são referentes a dor. **Método:** Trata-se de um levantamento bibliográfico. A relação médico-paciente tem se mostrado de suma importância no cuidado ao paciente, sendo inclusive tema da formação profissional. Com o objetivo de manter as informações atualizadas, foram selecionados artigos publicados nas últimas 3 décadas. **Resultados:** Dentre as produções científicas estudadas foi unânime a constatação da importância da relação médico-paciente no manejo dos pacientes com queixas dolorosas. Esse vínculo mostra-se fundamental não somente para a realização do diagnóstico como também na eficácia terapêutica, além do prognóstico. O impacto dessa também alcança novas decisões na economia pessoal e pública, com o investimento de recursos financeiros disponíveis em outras opções de tratamento que nem sempre são benéficas para o indivíduo ou a melhor indicação para o tratamento daquela patologia causadora do sintoma de dor. **Conclusão:** O sucesso do tratamento de queixas dolorosas não depende somente do alívio dos sintomas, mas também de múltiplos outros fatores dependentes diretamente da relação médico paciente como os aspectos interpessoais dela, subjetivação intrapessoal, fatores socioculturais, engajamento de outros profissionais da saúde, entre muitos outros. Em um cenário ideal também contaríamos com apoio institucional, social e político tão relevante para a otimização da saúde individualizada e da comunidade. O diálogo aberto e construtivo entre os participantes no que toca a saúde é imprescindível para a melhoria da atenção, acolhimento e cuidado.

## 26141 - A SIMULAÇÃO REALÍSTICA COMO FERRAMENTA DE ENSINO APRENDIZAGEM: CONTRIBUIÇÕES PARA SEGURANÇA DO PACIENTE

ROSANE MILET PASSOS TEIXEIRA - UNIVERSIDADE TIRADENTES, ARTHUR CEZAR DE MELO TAVARES - UNIVERSIDADE TIRADENTES, MANUELA DE CARVALHO VIEIRA MARTINS - UNIVERSIDADE TIRADENTES, FERNANDA COSTA MARTINS GALLOTTI - UNIVERSIDADE TIRADENTES, GEISA CARLA DE BRITO BEZERRA LIMA - UNIVERSIDADE TIRADENTES, MARIA DA PUREZA RAMOS DE SANTA ROSA - UNIVERSIDADE TIRADENTES (SERGIPE)

**Introdução:** A Organização Mundial da Saúde estabelece seis metas de segurança do paciente com objetivo obter melhorias na assistência à saúde. A simulação realística é considerada uma metodologia que permite desenvolver habilidades, através da prática, sendo considerada um excelente método para trabalhar com soluções de problemas na saúde. **Objetivo:** Relatar a experiência da aplicação da simulação realística no ensino das metas de segurança do paciente. **Descrição da execução:** A experiência foi aplicada de forma integrada entre as disciplinas Sistematização da Assistência de Enfermagem e Saúde da Criança. Os alunos envolvidos cursavam o 5º período do curso de Enfermagem de uma universidade particular em Sergipe, no ano de 2019. Os cenários tinham como objetivos de aprendizagem: Identificar e solucionar os problemas relacionados à segurança do paciente no âmbito hospitalar; atuar de forma colaborativa; realizar comunicação efetiva com criança e responsável. Foram realizadas orientações sobre a atividade e disponibilizado material para estudo prévio. A prática aconteceu nos laboratórios de enfermagem da instituição e contou com atores padronizados. **Análise crítica dos resultados:** A experiência contou com cenários distintos direcionados a segurança do paciente no contexto hospitalar e abordavam situações: AVP sem identificação e apresentando sujidade, soro fisiológico 0,9% sem identificação, equipo e extensor sem identificação, paciente pós cirúrgico com grades da cama abaixadas, sem pulseira de identificação. Inicialmente observou-se dificuldade na comunicação dos alunos com a paciente e sua genitora. As situações relacionadas aos riscos de danos e infecção foram constatadas e solucionadas rapidamente. Em contrapartida, aqueles referentes a identificação de paciente, medicamentos e equipamentos foram reconhecidos com mais tempo de cenário, demonstrando maior preocupação do aluno com cuidados diretos ao paciente. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade no cuidado:** Nota-se a importância da simulação na formação de profissionais de saúde, por permitir aos discentes um contato mais próximo com a assistência, visando estimular o raciocínio clínico e conseqüentemente proporcionando melhorias na assistência e na segurança do paciente.



## 26223 - AÇÃO EDUCATIVA SOBRE PREVENÇÃO DE INFECÇÃO HOSPITALAR PARA FAMILIARES E ACOMPANHANTES: RELATO DE EXPERIÊNCIA

ANA BARBOSA RODRIGUES - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, ELLAINY BELO RODRIGUES - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FRANCISCA ALESSANDRA PEIXOTO DA CUNHA - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, GÉSSYCA VITÓRIA ALBUQUERQUE DE QUEIROZ - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, SAMIA JARDELLE COSTA DE FREITAS MANIVA - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, KARINE DOS SANTOS SILVA - EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES

**Introdução:** As infecções hospitalares representam um problema para a segurança do paciente. Muitos desses eventos infecciosos, são passíveis de prevenção. Logo, ações educativas voltadas à prevenção de infecção são essenciais no ambiente hospitalar, as quais devem estimular a participação ativa e o envolvimento de pacientes, familiares e acompanhantes de forma contínua.

**Objetivo:** Relatar a experiência de uma ação educativa sobre prevenção de infecção hospitalar para familiares e acompanhantes realizada por acadêmicas de enfermagem em um hospital universitário.

**Descrição da execução:** Trata-se de uma atividade educativa realizada por acadêmicas de enfermagem do 6º semestre, durante atividades práticas da disciplina de Processo de Cuidar do Adulto em Situações Clínicas e Cirúrgicas, da Universidade Federal do Ceará, na unidade de clínica médica, de um hospital universitário. No primeiro dia de prática, foi avaliado junto à gestora de enfermagem do setor a necessidade de atividades educativas direcionadas para os familiares e acompanhantes, a qual apontou para prevenção de infecção hospitalar. Ao longo dos dias de prática, foi realizado o levantamento na literatura pertinente sobre prevenção de infecção hospitalar, visando compor um roteiro contendo informações a serem ministradas. Posteriormente, confeccionou-se um pôster informativo, contendo esclarecimentos, como o que é infecção hospitalar, medidas de transmissão e ações para reduzir infecções no serviço de saúde. No último dia de prática, as acadêmicas de enfermagem convidaram os familiares e acompanhantes para participar de uma breve reunião no hall da unidade, onde o pôster foi apresentado e se realizou a discussão sobre o assunto, abordando as dúvidas dos participantes.

**Análise crítica dos resultados:** Realizar educação em saúde e estimular a participação dos familiares e acompanhantes contribui para a assistência segura e humanizada. Como limitação, ressalta-se o fato de a ação ter ocorrido em um único momento, necessitando de continuidade no processo educativo.

**Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade no cuidado:** Observou-se a relevância da ação educativa, pois, além de atender a uma necessidade do serviço, cumpriu um papel importante no processo de aprendizagem das acadêmicas de enfermagem, a partir de uma prática educativa voltada para assistência segura no ambiente hospitalar.

**26389 - AÇÕES DE ENFERMAGEM NO CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA**

KISNA YASMIN ANDRADE ALVES - ESCOLA DE SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, PÉTALA TUANI CANDIDO DE OLIVEIRA SALVADOR - ESCOLA DE SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, KALÍVIA MARIA DUDA BARBOSA - PREFEITURA MUNICIPAL DE NATAL, ANNA KAROLINE DE ARAUJO PEREIRA - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES, NATAL (RIO GRANDE DO NORTE)

**Introdução:** O cuidado centrado no paciente compreende ações que enfatizam as preferências, necessidades e valores dos pacientes. Na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, esses aspectos são reconhecidos/definidos pelos familiares da criança e as atividades fomentadas pelos profissionais, especialmente os da enfermagem, aspecto que indica a necessidade de conhecer as ações dos profissionais de enfermagem voltadas para o cuidado centrado no paciente no contexto supracitado. **Objetivo:** Identificar as ações realizadas pelos profissionais de enfermagem voltadas para o cuidado centrado no paciente em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do Rio Grande do Norte. **Método:** Estudo descritivo, transversal, de abordagem quanti-qualitativa, realizado em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, em outubro de 2019. A amostra constituiu-se por técnicos de enfermagem e enfermeiros e a coleta de dados ocorreu através de um instrumento constituído de 27 questões objetivas e uma subjetiva. Os dados quantitativos foram analisados através da estatística descritiva e os qualitativos, com auxílio do software IRAMUTEQ. A pesquisa teve parecer favorável para a sua execução (Parecer nº3.392.267, de 14/06/2019/CAAE: 13932919.3.0000.5537). **Resultados:** A amostra foi constituída predominantemente por mulheres (88%), com idade média de 42 anos, sobretudo pertencentes a categoria técnica de enfermagem (75%). Identificou-se que a descrição dos cuidados prestados nos registros de enfermagem (63%) compreendeu a principal ação realizada; a menos desenvolvida foi assegurar a participação do familiar durante o planejamento do cuidado (8%). Como principal atividade de enfermagem enquanto membro da equipe, cita-se a adoção de estratégias que assegurem a segurança do paciente durante todo o cuidado (54%) e participar de ações que fortaleçam a segurança do paciente (8%) correspondeu àquela menos efetivada. A análise de similitude das narrativas sobre o entendimento do cuidado centrado no paciente revelou como vocábulo central “cuidado”, com coocorrência entre as palavras “paciente”, “entender”, “centrar” e “prestar”. **Conclusão:** As principais ações realizadas pela enfermagem relacionadas ao cuidado centrado no paciente foram: descrição dos cuidados prestados nos registros de enfermagem e a adoção de estratégias que assegurem a segurança do paciente durante todo o cuidado.

**26030 - AÇÕES EDUCATIVAS COMO ESTRATÉGIA PARA IDENTIFICAÇÃO CORRETA DO PACIENTE: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

TEREZA RAQUEL SCHORR CALIXTO - HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA - FAMEMA, LIVIA FARIA ORSO - UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA "JÚLIO DE MESQUITA FILHO"/UNESP, FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU (FMB), MARY ÂNGELA DE OLIVEIRA RAMOS - HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA - FAMEMA, MILENA TEMER JAMAS - UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA "JÚLIO DE MESQUITA FILHO"/UNESP, FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU (FMB), DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM, INAIA MANCINI SIMÕES TIBÉRIO - HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA – FAMEMA (SÃO PAULO)

**Introdução:** Com o intuito de incentivar as práticas seguras e reduzir erros, as instituições de saúde têm investido em ações que contribuam para a qualidade assistencial e a disseminação de uma cultura de segurança. Assim, a Joint Commission em parceria com a Organização Mundial de Saúde, instituíram as seis metas de segurança do paciente, sendo a primeira a identificação correta do paciente. **Objetivo:** Descrever um relato de experiência do treinamento sobre Identificação do paciente com a equipe de saúde, com o objetivo de garantir a identificação correta dos pacientes e reduzir a ocorrência de erros, contribuindo para a melhoria do cuidado em saúde. **Descrição da execução:** Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, sobre o treinamento da primeira meta: Identificação do Paciente. O treinamento teve duração média de 30 minutos, foi realizado in loco em cada Unidade Assistencial, por meio da apresentação de slides em PowerPoint com conteúdo sobre a importância da identificação correta dos pacientes baseado nas metas estabelecidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Ao final de cada treinamento houve a aplicação de um quiz contendo questões sobre a temática abordada. **Análise crítica dos resultados:** Participaram do treinamento, 301 profissionais de diversas categorias, das Unidades Assistenciais de um Hospital Escola. Os profissionais foram participativos durante o treinamento, esclarecendo as dúvidas e dando sugestões de melhoria da identificação do paciente na sua unidade. Estudos têm demonstrado reduções significativas de erros após implementação de processos de identificação do paciente. Constatou-se que os profissionais após os treinamentos, apresentaram feedback positivo conscientizando-se da importância da correta identificação do paciente, bem como a conferência da mesma durante os cuidados em saúde. **Discussão:** A segurança do paciente é uma das temáticas mais discutidas no âmbito da saúde, com influência direta na qualidade da assistência. Sabe-se que os avanços tecnológicos e científicos têm promovido um aumento das exigências às instituições de saúde que, cada vez mais, se preocupam em garantir a qualidade da assistência prestada. A Organização Mundial da Saúde determina que a identificação ocorra desde o momento de sua admissão no serviço de saúde, através de método visual e automatizado, vinculando o paciente ao seu prontuário/documentação, visando minimizar a possibilidade de troca de dados de identificação de um paciente a outro. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade no cuidado:** A identificação correta do paciente é o processo pelo qual se assegura ao paciente o cuidado que a ele é destinado, prevenindo a ocorrência de erros. Contudo é essencial o envolvimento de todos os profissionais na adesão a correta identificação dos pacientes bem como a adoção da checagem dos identificadores antes de cada cuidado e procedimento, assegurando um cuidado seguro, de qualidade e correto para cada paciente.

**26135 - AÇÕES EDUCATIVAS SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE E A FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO INTENSIVISTA**

LUANA FERREIRA DE ALMEIDA - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, VANESSA GALDINO DE PAULA - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, CAMILA TENUTO MESSIAS DA FONSECA - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, CLÁUDIA DE SOUZA MORAES - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, CAMILA MEDEIROS DOS SANTOS - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

**Introdução:** Os cursos de Residência se constituem como pós-graduação, com foco na aprendizagem ensino-serviço, devendo ser orientados pelos princípios e diretrizes do SUS. **Objetivo:** Descrever as ações educativas relacionadas à segurança do paciente como processo de ensino-aprendizagem no curso de Pós- Graduação de Enfermagem na modalidade de Residência de Terapia Intensiva. **Metodologia:** Estudo descritivo, quantitativo, realizado na unidade de terapia intensiva de um hospital universitário do Rio de Janeiro de abril a novembro de 2021, a partir do conteúdo teórico-prático do programa de pós-graduação em terapia intensiva na modalidade de Residência. Após elaboração do roteiro e conteúdo a ser trabalhado, as atividades educativas ocorreram na unidade de atuação dos residentes, no horário de trabalho dos profissionais e apresentaram diversas metodologias, a partir da sensibilização dos participantes. Incluídos enfermeiros, residentes e acadêmicos de enfermagem. Excluídos aqueles que não puderam participar por licenças ou estarem realizando algum cuidado no momento da atividade. Os dados foram analisados por estatística descritiva simples. Estudo aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa sob parecer nº 4.747.146. **Resultados:** Participaram das atividades educativas 41 profissionais, sendo a maioria (55%), técnicos de enfermagem. Foi possível realizar seis capacitações de cada temática, totalizando 48 treinamentos em serviço, sendo eles sobre: a) Recomendações para os registros de enfermagem e a comunicação efetiva entre profissionais; b) Boas práticas nos procedimentos de admissão do paciente grave; c) Salinização de acesso venoso; d) Prevenção de lesão por dispositivos invasivos; e) Prevenção de lesão por pressão; f) Prevenção de infecção da corrente sanguínea; g) Boas práticas no preparo e administração de medicamentos e h) Uso seguro da bomba-infusora. A maioria dos participantes considerou a atividade como ótima e sugeriram novos temas a serem trabalhados, conforme necessidade da unidade. **Conclusão:** Os residentes, além de se profundarem na temática de segurança do paciente na leitura e preparo do material a ser abordado, tiveram a possibilidade de vivenciar a educação em serviço na unidade assistencial e contribuir para a melhoria da qualidade no cuidado em saúde.

**26142 - ADESÃO À HIGIENE DAS MÃOS EM UM HOSPITAL PARTICULAR: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

RENATA BRAGA DO RÊGO - HOSPITAL DO CORAÇÃO DE ALAGOAS, MARIANNA GONÇALVES DE ANDRADE - HOSPITAL DO CORAÇÃO DE ALAGOAS, CINTHYA LISBOA CAVALCANTE VASCONCELOS - HOSPITAL DO CORAÇÃO DE ALAGOAS, RICARDO CESAR CAVALCANTI - HOSPITAL DO CORAÇÃO DE ALAGOAS, ANA CAROLINA DO NASCIMENTO CALLES - HOSPITAL DO CORAÇÃO DE ALAGOAS

A Higiene das Mãos é uma das principais medidas seguramente efetivas na redução das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), pois além de simples é minimamente onerosa. Esta pesquisa tem como objeto de estudo o fortalecimento da meta cinco de segurança do paciente, tendo como foco o aumento na adesão de higiene das mãos pelos profissionais de saúde de uma unidade hospitalar e conseqüentemente a redução das IRAS. Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência. Foi realizado uma dinâmica utilizando metodologia ativa, no dia mundial de higiene das mãos, com todos os setores assistenciais do hospital, envolvendo a equipe multidisciplinar e a alta direção. A metodologia utilizada foi por meio de roda de conversa e dinâmica utilizando um dado de tamanho médio, com perguntas relacionadas a temática, incluindo os cinco momentos de higiene das mãos, o passo a passo, entre outras questões, estimulando uma maior adesão a esta prática. No mês seguinte a dinâmica, foi observado maior engajamento das equipes na redução das IRAS e maior aderência a higiene das mãos, que pode ser observada pelos membros executores do Serviço de Controle de Infecção, durante as visitas setoriais. Diante disso, evidenciou-se que é necessário a manutenção de treinamentos com metodologias ativas, para que os profissionais estejam sempre lembrando da importância desta prática no cuidado ao paciente, reduzindo assim além das IRAS, o risco de maior tempo de internação, morbidade e mortalidade nas instituições de saúde.

## 26069 - ADESÃO À HIGIENE DE MÃOS PELA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE UTI ADULTO EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

PATRÍCIA MEDEIROS DA SILVA OLIVEIRA - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES, ALINE SARAH CUNHA ARGOLO - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES, ANA BEATRIZ DE ALMEIDA MEDEIROS MOURA - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES, CARLOS ALEXANDRE DE SOUZA MEDEIROS - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES, FERNANDA ELIZABETH MATOS DE QUEIROZ BATISTA FERNANDES - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES, MÁRCIA MARIA DA SILVA BARBOSA - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES (NATAL, RN)

**Introdução:** As Infecções relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) afetam milhões de pacientes e profissionais de saúde em todo o mundo, e podem ser evitadas com a implementação de boas práticas, incluindo estratégias de melhoria da higienização das mãos (HM). Considerando a complexidade da assistência em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), o maior risco de incidência de infecções e a relevância da equipe multiprofissional no cuidado direto aos pacientes neste cenário, a observação à higiene de mãos de forma correta e assertiva é um relevante indicador na busca por prevenção de IRAS e melhorias no cuidado intensivo. **Objetivo:** Relatar a adesão à higiene de mãos da equipe multiprofissional de uma UTI adulto de um hospital universitário. **Método:** Estudo descritivo e observacional, com abordagem quantitativa, realizado com 210 profissionais, de setembro/2021 a março/2022, totalizando 60 horas de observação direta, através de formulário previamente construído, baseado no Manual para Observadores – Estratégia Multimodal da Organização Mundial de Saúde para Melhoria da Higienização das Mãos. **Resultados:** A maioria dos profissionais participantes eram da equipe de enfermagem, sendo também observados médicos e fisioterapeutas. Obtiveram maior quantitativo de adesão os profissionais enfermeiros e com menos adesão, a categoria médica. A taxa de adesão à HM foi considerada baixa e a prática de higiene das mãos antes do contato com o paciente crítico necessita ser melhorada em caráter emergencial. **Discussão:** Considerando a alta complexidade do cuidado, a rotatividade de profissionais e presença constante de alunos e docentes, a baixa adesão à HM pela equipe multiprofissional pode estar relacionada à indevida importância dada pelos profissionais a HM. Medidas educativas contínuas são primordiais para o alcance da melhoria das ações assistenciais bem como da prevenção e controle das IRAS. Os insumos para a prática adequada de HM devem ser disponibilizados de forma ininterrupta e ao alcance dos profissionais. **Conclusão:** Momentos de discussão, estabelecimento de metas e avaliação constante dos resultados através de indicadores, podem gerar impacto positivo na adesão à HM. Para tanto, torna-se essencial o interesse de gestores, educadores, alunos e profissionais assistenciais, reconhecendo a importância das boas práticas em saúde e a cultura de segurança institucional.

**26228 - ADEÇÃO À IMPLANTAÇÃO DE PRÁTICAS ASSISTENCIAIS SEGURAS EM INSTITUIÇÕES PÚBLICAS HOSPITALARES DO BRASIL**

FERNANDA BOAZ LIMA JACQUES - HOSPITAL MOINHOS DE VENTO/PORTO ALEGRE/RS, DANIELA CRISTINA DOS SANTOS - HOSPITAL MOINHOS DE VENTO/PORTO ALEGRE/RS, VANESSA MONTEIRO MANTOVANI - HOSPITAL MOINHOS DE VENTO/PORTO ALEGRE/RS, DANIELA DE SOUZA BERNARDES - HOSPITAL MOINHOS DE VENTO/PORTO ALEGRE/RS, LUCIANA YUMI UE - MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL

**Introdução:** Estima-se que, no Brasil, eventos adversos girem em torno de 13% de prevalência, dos quais 43% poderiam ser evitáveis. Ao encontro deste dado, foi criado em 2016 o projeto Paciente Seguro, parceria entre o Hospital Moinhos de Vento e o Ministério da Saúde, por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS). O projeto tem como finalidade implantar os protocolos básicos do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) em hospitais brasileiros. **Objetivo:** Descrever a adesão à implantação de práticas assistenciais seguras, norteadas pelos Protocolos Básicos de Segurança do Paciente, em instituições públicas hospitalares do Brasil. **Descrição da execução:** Os princípios norteadores do Modelo de Melhoria foram utilizados como método. As instituições participantes foram capacitadas para o uso desta metodologia, e acompanhadas quanto a sua incorporação nos processos assistenciais e de gestão. Durante o acompanhamento, houve coleta de indicadores de segurança do paciente, envio de relatórios, visitas educacionais, análise de resultados assistenciais e monitoramento dos hospitais, conduzidos por uma equipe de enfermeiras e farmacêuticas. **Análise crítica dos resultados:** A implantação dos protocolos básicos do PNSP foi avaliada em unidades piloto de 60 instituições, entre 2018 e 2020. Pode-se medir o impacto direto aos pacientes, substancialmente, pelos protocolos de Prevenção de Quedas, Prevenção de Lesão por Pressão (LPP) e Higiene de Mãos (HM), por apresentarem relação direta com a qualidade dos processos assistenciais. Destes, 100% dos hospitais tiveram melhora em pelo menos um protocolo; 36% em dois protocolos e 27% nos três. Alcançou-se redução de 55% na prevalência de quedas e LPP e aumento em 42% da adesão à HM. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade no cuidado:** A melhora nos indicadores destes protocolos ecoa em melhores resultados assistenciais e na segurança do paciente. As instituições conseguiram melhorar suas práticas em relação ao PNSP, com incorporação de processos e ajustes de práticas existentes. **Descritores:** Segurança do Paciente; Melhoria de Qualidade; Qualidade da Assistência à Saúde.

Existência de financiamentos: O projeto foi financiado com recursos do PROADI-SUS, Número Único de Protocolo 25000.009745/2018-01.

Não há conflitos de interesse.

**26187 - ADESÃO DOS PROFISSIONAIS À DESINFECÇÃO DAS MÃOS COMO CULTURA DE SEGURANÇA: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

IVO CATARIN NETO - CENTRO DE QUIMIOTERAPIA AMBULATORIAL UNIMED CAMPINAS, JULIANA APARECIDA GALLI - CENTRO DE QUIMIOTERAPIA AMBULATORIAL UNIMED CAMPINAS, CRISTIANE RODRIGUES DE SOUZA - CENTRO DE QUIMIOTERAPIA AMBULATORIAL UNIMED CAMPINAS, IARA BERTRAMI DE SOUZA - CENTRO DE QUIMIOTERAPIA AMBULATORIAL UNIMED CAMPINAS (SÃO PAULO)

**Introdução:** A higienização das mãos (HM) é considerada uns dos pilares da prevenção de infecção nos serviços de saúde. Estudos demonstram que é baixa a adesão dos profissionais às práticas de HM. Dessa forma, é imprescindível que Gestão da Qualidade (GQ) e o Serviço Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) incentivem a cultura de segurança e a sensibilização dos profissionais de modo a garantir alta adesão à higienização das mãos. **Objetivo:** Trata-se de relato dos resultados alcançados com as atividades desenvolvidas pela SCIH e GQ em um ambulatório de quimioterapia em Campinas – SP, demonstrando a efetividade da prática dessas atividades. **Descrição da execução:** Durante o ano de 2021, foram realizados no CQA pela GQ e SCIH campanhas educativas a profissionais e pacientes e treinamentos trimestrais sobre higienização das mãos, com práticas presenciais e uso da “caixa da verdade”, de forma dinâmica e didática. Verificou-se após o treinamento se o profissional realizou o procedimento de desinfecção das mãos corretamente. Auditada mensalmente a adesão aos 5 momentos da higienização das mãos durante os processos de manipulação de cateteres e sondas. **Análise crítica dos resultados:** Em 2021, através dos indicadores da SCIH, observou-se que nas auditorias de adesão a higienização das mãos houve 99% de conformidade. Foram auditados 496 procedimentos de sondagem vesical e evidenciado 100% de conformidade na higienização das mãos. Também foram auditados 3336 procedimentos de punção de cateter venoso central, com evidência de 100% de conformidade na higienização das mãos. Nesse período, foram atendimentos 3610 paciente com cateter venoso central e 542 pacientes realizaram procedimentos de sondagem vesical e não houve casos de infecção de cateter e infecção trato urinário. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade no cuidado:** Os resultados demonstram a importância das práticas de auditorias, campanhas e treinamentos periódicos na alta adesão dos profissionais da saúde no processo de higienização das mãos. Desta forma, trazendo qualidade no cuidado prestado e garantindo a segurança do paciente relacionado a prevenção de infecção.

Descritores: Desinfecção das Mãos; Segurança do Paciente; Auditoria em Saúde.

Existência de Financiamentos: Nada a declarar.



**26139 - ADORNO ZERO UMA REALIDADE DESEJADA PARA SEGURANÇA DO PACIENTE E PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

PATRÍCIA MITSUE SARUHASHI SHIMABUKURO - GAAP - ANESTESIOLOGISTAS ASSOCIADOS PAULISTA; UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO, ANA MARIA VIEGAS TRISTÃO - PARES SAÚDE CONSULTORIA, RICHARLISSON BORGES DE MORAIS - UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA; UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO, MONICA TAMINATO - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO (UNIFESP)

**Introdução:** Sabe-se que a higienização das mãos é um dos elementos chave para uma assistência segura. A Organização Mundial de Saúde recomenda a técnica e os momentos para higienizá-las adequadamente. Tendo em vista que os adornos podem ser um veículo de transmissão para bactérias causando infecções cruzadas e o seu uso interferir na higienização adequada. **Objetivo:** Identificar e avaliar sistematicamente documentos científicos que embasem as implicações dos adornos durante o período de assistência prestada ao paciente. **Metodologia:** A metodologia aplicada é de revisão sistemática conforme modelo proposto pela biblioteca Cochrane, com pergunta estruturada PICOS. **Resultados:** Como resultados encontramos 10 artigos que relatam a evidência da implicação do uso do adorno durante a realização da atividade profissional. **Conclusão:** Desta forma, salienta-se que a higienização das mãos para ser efetiva não pode ter adornos que impeçam a realização da técnica adequada, uma vez que pode ser um fator agravante para a transmissão de bactérias de importância clínica aos pacientes e desta forma não garantir a devida segurança ao paciente.

**26088 - AMPLIAÇÃO DO OLHAR FARMACÊUTICO NA REDUÇÃO DE ERROS DE MEDICAÇÃO**

MAXSYARA FELISMINO DA SILVA SOARES - UFPB-HULW, BEATRIZ BARROS MARTINS - UFPB-HULW, LISANDRA FRANCLINO FERNANDES - UFPB-HULW, MABEL MENDES CAVALCANTI - UFPB-HULW (PARÁIBA)

O medicamento é uma ferramenta largamente utilizada em ambiente hospitalar. Erro de prescrição é evento evitável e pode ser resultante do processo de decisão terapêutica e/ou da sua redação. O Programa Nacional de Segurança do Paciente recomenda práticas seguras para mitigar a ocorrência de eventos adversos desnecessários associados a falhas na interpretação da prescrição. O sistema eletrônico oferece segurança, mas não é isento de conformações que podem levar a erros. O objetivo do trabalho foi identificar pontos de melhoria na prescrição eletrônica, a partir da análise da análise farmacêutica. A avaliação foi realizada nas clínicas médica, pediátrica e UTI, uma vez por semana, em 30% das prescrições, em Hospital Universitário, no período de agosto a abril de 2022. Os critérios avaliados foram os recomendados pelo Instituto de Práticas Seguras sobre Medicamentos e pelo Ministério da Saúde. Detectamos que alguns medicamentos, com mais de uma apresentação, não estavam cadastrados corretamente, implicando em indefinição da dose, o uso de abreviaturas não recomendadas e não padronizadas na Instituição foi frequente, expressões vagas sem posologia e condição de administração também foram observadas. As práticas inseguras foram apresentadas aos Setores de Gestão da Qualidade e Farmácia Hospitalar, e um plano de ação foi aplicado. A realização do trabalho proporcionou o desenvolvimento de uma visão mais crítica dos profissionais envolvidos, com aprimoramento do olhar farmacêutico sobre a redação da prescrição, na perspectiva da redução de erros de medicação. Assim, observamos a importância da implantação de um programa de educação permanente e continuada para toda equipe assistencial.

## 26016 - ANÁLISE DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NO CONTEXTO CIRÚRGICO NA PANDEMIA DA COVID-19

RHAYANA VITÓRIA DA ROSA SILVA - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, CINTIA SILVA FASSARELLA - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, BEATHRICE RAMOS BESERRA - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, NATHÁLIA HENRIQUES VEIGA - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, VANESSA DE SOUZA MORAES - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

**Introdução:** A avaliação da cultura de segurança tem se tornado um instrumento fundamental para a garantia da segurança do paciente, pois é por meio desta que se torna possível identificar demandas de melhorias e fragilidades, para garantir a qualidade e segurança da assistência ao paciente cirúrgico. Justifica-se o vigente estudo por perpassar o ambiente cirúrgico, que contempla diversas atuações e formações profissionais, além de tratar-se de um cenário de grande tensão e complexidade, havendo elevadas chances de ocorrências de falhas e incidentes. **Objetivo:** Analisar a cultura de segurança do paciente no contexto cirúrgico, a partir da percepção da equipe multidisciplinar na pandemia da COVID-19. **Método:** Estudo transversal, descritivo, com abordagem quantitativa, realizado em um centro cirúrgico de um hospital universitário, envolvendo a equipe multidisciplinar de saúde que atuou na pandemia da COVID-19. A coleta de dados foi realizada entre julho a dezembro de 2021, por meio do instrumento Safety Attitudes Questionnaire/Operating Room, versão traduzida e adaptada para o contexto brasileiro. Em seguida, realizou-se a organização e tratamento dos dados por meio do programa Microsoft Excel. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob número 4.638.444. **Resultados:** Participaram 130 profissionais de saúde, sendo 65 enfermeiros, 54 médicos e 11 outros. Dos domínios de cultura de segurança avaliados, somente o domínio de Comunicação (77,26%) apresentou escore positivo, seguido dos domínios de Clima de Segurança (70,60%), Percepção da Gerência (64,54%), Condição de Trabalho (63,14%) e Percepção do Estresse (50,53%), por fim, Percepção do Desempenho Profissional, que obteve o menor escore (24,76%). Com relação à qualidade da comunicação entre as categorias profissionais, foi observado que os profissionais circulantes de sala e instrumentadores apresentaram pontuação mais satisfatória. **Conclusão:** Estudo permitiu analisar a cultura de segurança em um centro cirúrgico na pandemia da COVID-19, evidenciando um domínio positivo e todos os demais com potencial para melhorias, indicando a necessidade de investimento por parte da liderança.

## 26270 - ANÁLISE DA SATISFAÇÃO NO TRABALHO EM UM SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

HERCULES DE OLIVEIRA CARMO - ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, MARINA PEDUZZI - ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, DAISY MARIA RIZATTO TTRONCHIN - ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

**Introdução:** O serviço médico de atendimento de urgência (SAMU) detém singularidades na atenção à saúde advindas, sobretudo, do desempenho coletivo dos profissionais, das incertezas encontradas no cenário de cena, das condições dos usuários, da ambivalência entre prazer e sofrimento do trabalhador, exigindo coesão entre as equipes, habilidades, competências e atitudes, visando reduzir riscos e danos. Nesse prisma, a satisfação no trabalho constitui-se como elemento basilar da prática profissional, capaz de gerar sentimentos de pertencimento, bem-estar, e estabelecimento de vínculos pessoais e profissionais, que reverberam na qualificação da assistência e na segurança do paciente. **Objetivo:** Analisar a satisfação no trabalho de profissionais atuantes em um serviço de atendimento móvel de urgência. **Método:** Estudo de abordagem quantitativa, exploratório-descritivo. Os dados foram coletados entre julho e setembro de 2021 em um SAMU, de um município da região metropolitana de São Paulo. Participaram 95 profissionais que responderam instrumentos contendo dados sociodemográficos e laborais e a Escala de Satisfação no Trabalho S20/23, com 20 itens distribuídos em três dimensões: satisfação com relações hierárquicas (SRH), satisfação intrínseca do trabalho (SIT) e satisfação com o ambiente físico de trabalho (SAFT), validada no Brasil. A análise dos dados fundamentou-se na estatística descritiva. **Resultados:** Quanto à caracterização, 63,2% eram homens; a média de idade foi 44 anos (DP=9,2); 38,9% possuíam ensino superior completo e 35,5% eram bacharéis em enfermagem, 61,1% era servidor público municipal. O tempo de trabalho obteve média de 7,9 anos (DP=5,6), atuação na mesma equipe média de 3,9 anos (DP=4,0), 89,5% trabalhavam em jornada de 12X36h e 44,6% tinham outro vínculo empregatício. A satisfação no trabalho apresentou escore médio total de 4,5 pontos (DP=0,6). Referente às dimensões constatou-se maiores médias para “SRH” 4,6 (DP=0,5) e “SIT” 4,6 (DP=0,6) pontos e menor para “SAFT” 4,4 (DP=0,8). **Conclusão:** Os trabalhadores mostram percepção positiva concernente à satisfação no trabalho. Todavia, componentes da ambiência, como a ventilação e a climatização; geraram insatisfação merecendo a atenção dos gestores.

## 26212 - ANÁLISE DAS NOTIFICAÇÕES DE EVENTOS ADVERSOS DE UM HOSPITAL REFERÊNCIA EM TRAUMA

MICLÉCIA DE MELO BISPO - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, AMANDA CARVALHO MACIEL - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL (NATAL/RN), SELENA DORIANA DE SOUZA FEITOSA GUERRA - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL (NATAL, RN), MONISE DE MELO BISPO - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, MARIA EDUARDA ARAÚJO DA SILVA LIMA - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, CECÍLIA OLÍVIA PARAGUAI DE OLIVEIRA SARAIVA - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

**Introdução:** Segundo a Organização Mundial da Saúde, eventos adversos são danos não intencionais resultantes de - ou contribuídos pelo - processo assistencial que determine monitoramento adicional, tratamento, hospitalização ou que resulte em morte. No Brasil, de maio de 2019 a abril de 2020 foram notificados 153.126 incidentes relacionados à assistência à saúde. Diante da diversidade e alta proporção desses incidentes ressalta-se a importância da análise pelos serviços de saúde a fim de gerar aprendizagem e tomada de decisão oportuna. **Objetivo:** Analisar as notificações de eventos adversos de um hospital geral referência em atendimento ao trauma. **Método:** Estudo transversal, quantitativo, realizado de janeiro a dezembro de 2021 em um hospital geral referência para assistência às vítimas de trauma no Rio Grande do Norte. A coleta de dados foi realizada pelo núcleo de segurança do paciente por meio da análise mensal das notificações de incidentes e eventos adversos. Estas são registradas por meio do preenchimento de um formulário eletrônico semi-estruturado. Os dados foram analisados a partir da estatística descritiva. Foi preservado o anonimato dos profissionais que notificaram, assim como informações de caracterização do serviço de saúde. **Resultados:** Em 2021 foram notificados 140 eventos adversos (média de 11,6 casos mês, min 5 e máx 23). Os incidentes com maior frequência de notificação foram a lesão por pressão (n=54; 38,5%), a extubação acidental (n=16; 11,4%) e a falha relacionada ao uso de sonda gástrica/enteral (n=15; 10,7%). Dentre os profissionais que realizaram a notificação estavam enfermeiros (n=76; 54,3%), equipe do núcleo de segurança do paciente (n=46; 32,9%), fisioterapeutas (n=17; 12,1%) e técnico de enfermagem (n=1; 0,7%). O mês de julho foi o de maior frequência (n=23; 16,4%), resultado que refletiu o período de maior busca ativa nos setores, pelo Núcleo de Segurança do Paciente, com estímulo às notificações. Os meses de menor frequência (março n=7, abril n=5 e junho n=7) estão também associados à equipe reduzida do núcleo, com consequente diminuição da busca ativa. **Conclusão:** É fundamental que os serviços de saúde realizem a notificação dos eventos adversos e análise dos resultados obtidos a fim de torná-las fontes de aprendizado para implantar uma cultura de segurança que encoraje as práticas assistenciais seguras.

**26338 - ANÁLISE DAS REQUISIÇÕES DE HEMOCOMPONENTE PARA PROCEDIMENTO DE TRANSFUSÃO**

BEATRIZ SOUSA CASSIMIRO - UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA, ANA CATARINA LABOISSIERE VASCONCELOS - UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA, THATIANNY TANFERRI DE BRITO PARANAGUÁ - UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

**Introdução:** Uma barreira para a prática segura da hemoterapia é encontrada na sistematização e execução coordenada do processo completo. Mesmo diante de normas que estabelecem as boas práticas no ciclo do sangue, observa-se uma escassez de estudos que investigam a implementação dessas regulamentações na prática do serviço de saúde. Nesse sentido, incentiva-se a identificação de falhas no processo de hemotransfusão a fim de evitar possíveis danos relacionados à entrega do produto. Quando há erros na cadeia de trabalho, mesmo que em etapas não assistenciais, a tendência é que o impacto se intensifique gradualmente. **Objetivo:** Identificar falhas de preenchimento no formulário de requisição de transfusão de hemocomponentes em uma agência transfusional. **Método:** Estudo transversal, retrospectivo, documental, realizado em um hospital universitário do Centro-Oeste brasileiro, tendo como fonte de dados os formulários de requisição de hemocomponentes da agência transfusional, emitidos pela Clínica Médica e Unidade de Transplante, nos meses de março a maio de 2022. Realizada análise estatística descritiva. A prevalência foi estimada considerando o número total de formulários analisados como denominador e o número total de formulários com pelo menos uma falha de registro como numerador. Calculado intervalo de 95% de confiança. Projeto aprovado por comitê de ética em pesquisa. **Resultados:** Foram analisados 113 formulários de requisição de hemocomponente, sendo 79% da Clínica Médica e 21% da Unidade de Transplante. Estimou-se prevalência de 53,1% (IC95% 43,9-62,2) de falhas relacionadas aos registros no formulário de requisição de hemocomponentes. As falhas mais frequentes foram rasuras (30%), falta de registro da data e hora da prescrição (13%), ausência de identificação do setor de internação (7%), erros no número de registro do paciente (6%), falta de indicação da modalidade do procedimento e erro na sua descrição (5%), arquivamento de apenas uma cópia da requisição (4%). **Conclusão:** O estudo se insere no campo de avaliação dos serviços de saúde e, a partir dos indicadores levantados, espera-se contribuir para a elaboração de políticas e/ou protocolos de saúde que tornem o processo de transfusão de hemocomponente mais rápido e seguro.

**26271 - ANÁLISE DO CLIMA EM EQUIPE EM UM SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA**

HERCULES DE OLIVEIRA CARMO - ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, MARINA PEDUZZI - ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, DAISY MARIA RIZATTO TRONCHIN - ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

**Introdução:** O contexto de trabalho no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) é caracterizado por especificidades que impõem desafios às equipes. Neste contexto, destaca-se que, o trabalho em equipe é considerado componente fundante para a consecução do assistir com segurança e qualidade; este envolve a participação de diferentes categorias profissionais que, juntas, trabalham de maneira integrada e interdependente, traçam metas compartilhadas, almejam o alcance de objetivos comuns e colaboram entre si para prover os resultados em saúde. **Objetivo:** Analisar o clima em equipe em um serviço de atendimento móvel de urgência. **Método:** Estudo de abordagem quantitativa, exploratório-descritivo. A coleta de dados ocorreu entre julho e setembro de 2021 em um SAMU, de um município da região metropolitana de São Paulo. Participaram 95 profissionais, alocados em 40 equipes, que responderam dois questionários, contendo dados sociodemográficos e laborais e a Escala de Clima na Equipe (ECE), validada no Brasil. Empregou-se a estatística descritiva para a análise dos dados. **Resultados:** Referente à caracterização, 63,2% eram homens; a média de idade foi 44 anos (DP=9,2); 38,9% possuíam ensino superior completo e 35,5% eram bacharéis em enfermagem, 61,1% era servidor público municipal. O tempo de trabalho obteve média de 7,9 anos (DP=5,6), atuação na mesma equipe média de 3,9 anos (DP=4,0) e 89,5% trabalhavam em jornada de 12X36h. Relativo às equipes, a maioria (72,5%) atuava em unidades móveis de suporte básico, prevalecendo as compostas por dois profissionais (75%) e turnos diurnos (55%). O clima em equipe, escore geral, mostrou-se elevado tanto entre os trabalhadores (194,5 pontos; DP=21) como nas equipes (197,7 pontos; DP=18,4). Concernente as assertivas da ECE, os fatores “Participação na equipe” e “Apoio para ideias novas” obtiveram percentuais de concordância superiores a 70%, destacando-se as relativas ao compartilhamento de informações para e entre a equipe e a procura por novas maneiras de analisar os problemas, o apoio diante de ideias novas e a aplicabilidade. **Conclusão:** Na percepção dos profissionais e das equipes, verifica-se o clima de equipe com médias de escores (total e fatores) elevadas, portanto, favorável ao trabalho em equipe, com destaque para os fatores “Participação na equipe” e “Orientação para as tarefas”.

**26145 - APLICAÇÃO DAS METAS INTERNACIONAIS COM GRADUANDOS DE MEDICINA: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

POLLYANA OLIVEIRA LIRA - FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO (FCMSCSP), CIBELE MATOS DE SOUSA - FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO (FCMSCSP), DIELLY CARVALHO DO AMARAL - FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO (FCMSCSP), LEANDRO SPALATO TORRES - FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO (FCMSCSP), NIETHE CAROLINA RAMOS DE OLIVEIRA - FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO (FCMSCSP), MARIANA MORAIS CAMPOS DE CARVALHO - FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO (FCMSCSP)

**Introdução:** A ida dos alunos a campo sempre foi uma preocupação, que se intensificou com o contexto da pandemia, tanto por parte dos professores quanto dos alunos. Com isso, em laboratório, foi reforçado em todas as aulas as metas internacionais e a segurança do paciente e do profissional. Logo, ao irmos para campo, ao questionarmos os alunos sobre os procedimentos, eles sempre citavam as metas internacionais antes mesmo da realização da técnica. Para a Organização Mundial da Saúde, segurança do paciente corresponde à redução ao mínimo aceitável do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde<sup>1</sup>. As metas internacionais de segurança do paciente são: identificação correta do paciente; melhorar a comunicação efetiva; melhorar a segurança de medicamentos de alta-vigilância; assegurar cirurgias em local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto; reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde e reduzir o risco de lesões ao paciente, decorrentes de quedas<sup>2</sup>. **Objetivos:** Ensinar e estimular a aplicação das metas internacionais no cotidiano acadêmico dos alunos do primeiro ano de medicina e incutir a prática em sua vivência profissional. **Método:** Na disciplina de Práticas de Cuidado, Comunicação e Segurança do Paciente, no ano letivo de 2021, na Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, as aulas foram divididas em teóricas, seguidas pelas práticas em laboratório e atividades em campo. Nestas aulas, por meio do questionamento aos alunos sobre as metas internacionais, antes de realizar atividades ou procedimentos, era reforçada a importância da segurança do paciente. **Resultados:** Ao realizar as técnicas e/ou procedimentos, os alunos intuitivamente correlacionaram às metas internacionais, comprovando a importância da aplicabilidade na atividade desenvolvida, no dia a dia e na vivência profissional. **Conclusão:** Após o término do ciclo de aprendizagem, os alunos de medicina do primeiro ano demonstraram que as metas internacionais abordadas em todas as aulas se tornaram inerentes à prática.



**26275 - AS AÇÕES GERENCIAIS ADOTADAS APÓS A IDENTIFICAÇÃO DE UM EVENTO ADVERSO**

ANDRÉIA GUERRA SIMAN - UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA, DANIELE DIAS LOUZADA - UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA, LUANA VIEIRA TOLEDO - UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA, LUCIENE MUNIZ BRAGA - UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA, BRUNA FIGUEIREDO MANZO - UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, MARIA JOSÉ MENEZES BRITO - UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

**Introdução:** As causas de erro muitas vezes estão relacionadas à gestão dos processos organizacionais. Assim, parte-se do pressuposto que são necessárias mudanças que envolvem práticas de gestão para que a segurança do paciente seja uma realidade estratégica da organização. Com as considerações, questiona-se: quais as ações gerenciais são adotadas após a identificação da ocorrência de um evento adverso (EA)? **Objetivo:** Analisar as ações realizadas pela gestão ou pelo núcleo de segurança do paciente, após a notificação de um EA. **Método:** Trata-se de um transversal realizado por meio de consulta dos dados de notificações dos EA ocorridos entre os anos de 2013 e 2020, em três hospitais. Foram analisadas as fichas de notificação interna, por meio de questionário estruturado. Os dados coletados foram armazenados em planilha do Excel e posteriormente foram analisados pelo software Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 25.0. Foi realizada a análise descritiva e foram apresentadas as frequências absoluta e relativa das ações executadas. Os aspectos éticos foram respeitados, com aprovação do comitê de ética, parecer número 2.957.054. **Resultados:** No período avaliado foram encontrados 1154 incidentes. Dentre as ações realizadas após a notificação, houve predomínio de orientação e treinamento da equipe 421 (36,5%); seguidas por avaliação médica com intervenção 108 (9,4%); criação de novos fluxos assistenciais 86 (7,5%); avaliação médica 22 (1,9%); advertência ao profissional 10 (0,9%) e modificações na infraestrutura 10 (0,9%). Ressalta-se o elevado número de informações ausentes 497 (43,1%) nas fichas de notificações. **Conclusão:** Destaca-se que a melhoria da segurança do paciente envolve a melhoria dos processos, e, principalmente educação permanente, o que geralmente independe de investimento em insumos e recursos financeiros. Entre os aspectos avaliados observou-se também a existência de uma cultura punitiva, baseada na advertência do profissional, a importância do comprometimento de todas as categorias profissionais para a segurança do paciente e a incompletude de dados, marcada pelo grande volume de informações ausentes.

**26043 - ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM COM MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE PERIGOSOS: IMPLICAÇÕES PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE**

ANA CLAUDIA DOS SANTOS CUNHA - ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY/UFRJ, ROSANE BARRETO CARDOSO - ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY/UFRJ, JOYCE MARTINS ARIMATEA BRANCO TAVARES - FACULDADE DE ENFERMAGEM DA UERJ, ERIC ROSA PEREIRA - FUNDAÇÃO TÉCNICO-EDUCACIONAL SOUZA MARQUES, SABRINA DA COSTA MACHADO DUARTE - ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY/UFRJ

**Introdução:** Os incidentes com medicamentos potencialmente perigosos não são os mais frequentes, mas podem resultar em danos graves ao paciente. Condutas voltadas à prevenção de erros com medicamentos perpassam pela avaliação do cenário, identificação das vulnerabilidades e planejamento e implementação de barreiras. **Objetivo:** Identificar os fatores que contribuem para uma assistência de enfermagem mais segura no preparo e na administração de medicamentos potencialmente perigosos. **Método:** Trata-se de uma revisão integrativa de literatura com abordagem qualitativa, orientada para responder à questão de pesquisa “quais estratégias e competências contribuem para uma assistência de enfermagem mais segura no preparo e na administração de medicamentos potencialmente perigosos?” Os critérios de inclusão foram: artigos primários publicados na íntegra, com recorte temporal entre 2017 e 2021, disponíveis online, nos idiomas português, inglês e espanhol. A busca contemplou 2.500 publicações na Biblioteca Virtual em Saúde e 5.670 na U. S. National Library of Medicine. Aplicados os critérios de elegibilidade, foram pré-selecionados 138 artigos para a leitura do título e do resumo. Destes, 16 foram lidos na íntegra. A amostra final foi de 10 artigos. **Resultados:** As publicações foram unânimes ao abordarem como marco estratégico para a qualificação dos serviços a educação em saúde e estão em consonância com o Programa Nacional de Segurança do Paciente que promove e apoia iniciativas voltadas à produção, sistematização e difusão de conhecimentos acerca do tema. Criar sistemas mais seguros requer rastreabilidade, correção das falhas, planejamento, implementação de processos e avaliação das barreiras adotadas. **Conclusão:** É importante apoiar ações de fácil aplicabilidade e voltadas à realidade das instituições para facilitar a adesão aos protocolos. Envolver a multidisciplinaridade, os pacientes e seus familiares em uma gestão participativa, voltada para a prevenção de erros, colabora para o sucesso das intervenções.

## 26175 - AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NO CENTRO CIRÚRGICO DE UM HOSPITAL FEDERAL

CÁSSIO MAIA PESSANHA - HOSPITAL FEDERAL CARDOSO FONTES, ETIENE DE AGUIAR PICANÇO - HOSPITAL FEDERAL CARDOSO FONTES, MIRELLA CARNEIRO DOS REIS - HOSPITAL FEDERAL CARDOSO FONTES, ANA PAULA FERNANDES DA SILVA - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, ISABELLA BARBOSA MEIRELES - HOSPITAL FEDERAL CARDOSO FONTES, ANA CLÁUDIA DE ALMEIDA RAMOS - HOSPITAL FEDERAL CARDOSO FONTES (RIO DE JANEIRO, RJ)

**Introdução:** O estudo traz a avaliação da cultura de segurança do paciente inserido no contexto do centro cirúrgico. Por ser um setor especializado, com alto risco para ocorrência de eventos adversos devido à complexidade dos processos, além do hospital em tela possuir historicamente um programa de residência cirúrgica reconhecidamente qualificado. **Objetivo:** Avaliar a cultura de segurança do paciente no serviço de centro cirúrgico de um Hospital Federal do município do Rio de Janeiro. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo, transversal, quanti e qualitativo realizado com os colaboradores do centro cirúrgico. Utilizado o Censo, pois é uma amostra menor que 500 participantes. Critério de exclusão: Funcionários que prestam serviço há menos de seis meses no centro cirúrgico; Funcionários de licença saúde; Funcionários de licença maternidade; Funcionários remanejados para o setor. Questionário utilizado foi o HSOPSC. Coleta dos dados em dois meses realizada em formulário impresso. Utilizada a Escala de Likert. Cada dimensão foi avaliada segundo o percentual de respostas positivas. Para interpretação do resultado foram utilizados os seguintes pontos de corte:  $\geq 75\%$  de repostas positivas na dimensão foi considerada uma área forte da segurança do paciente;  $\leq 50\%$  de repostas positivas na dimensão foi considerada uma área frágil da segurança do paciente. Todos os participantes assinaram o TCLE e os aspectos éticos foram respeitados de acordo com a resolução 466/2012. A presente pesquisa foi submetida e aprovada pelo CEP do HFCF sob o nº4.439.804. Como resultado do estudo obteve-se uma amostra de 47 questionários, correspondendo 31% dos funcionários do centro cirúrgico. **Resultados:** A maioria dos respondentes foi do sexo feminino (66%) e na faixa etária de 26 a 35 anos (46,81%). Os residentes de medicina corresponderam a 44,7% da amostra. A área forte da segurança do paciente, com 77,13% de respostas positivas, foi a dimensão Expectativa e ações de promoção de segurança dos supervisores e gerentes. As áreas frágeis da segurança do paciente foram a Retroalimentação das informações e comunicação sobre erros e Respostas não punitivas aos erros com 41,13% e 11,35%, respectivamente. 85% da amostra nunca fizeram nenhuma notificação nos últimos 12 meses. Considerando o grau de segurança do paciente na instituição, 29% consideraram excelente e 27% muito bom. **Conclusão:** É necessário estimular a cultura de segurança no Centro Cirúrgico e principalmente a cultura justa, além de intensificar a variedade e quantidade de notificações provenientes do setor.

## 26000 - AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE: UMA VISÃO DOS ENFERMEIROS DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

CLÁUDIA PATRÍCIA DA COSTA BRÁS - ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA, UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE (UICISA: E), COIMBRA, PORTUGAL, JOÃO CARVALHO DUARTE - ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU - INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU, UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE (UICISA: E/ESENC - ESSV/IPV), VISEU, PORTUGAL, MARIA DO CÉU AGUIAR BARBIERI DE FIGUEIREDO - DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE HUELVA, ESPANHA, ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO E CINTESIS/ESEP, PORTUGAL, PORTO, PORTUGAL, MANUELA MARIA CONCEIÇÃO FERREIRA - ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU - INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU, UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE (UICISA: E/ESENC - ESSV/IPV), VISEU, PORTUGAL

**Introdução:** A segurança do paciente tem assumido uma crescente preocupação nas organizações de saúde, onde se desenvolvem atividades complexas, imprevisíveis, frequentemente expressas em erros e complicações. Avaliar a cultura de segurança, efetuando a mensuração de múltiplas dimensões, permitirá melhorar a qualidade da assistência em saúde e implementar processos de mudança. **Objetivo:** Identificar as dimensões determinantes da cultura de segurança do paciente. **Método:** Estudo quantitativo, descritivo exploratório, realizado num centro hospitalar e universitário da região centro de Portugal, numa amostra de 360 enfermeiros com utilização do Hospital Survey on Patient Safety Culture. Para a análise dos dados seguimos a metodologia proposta no guia do utilizador da Agency for Healthcare Research and Quality. O protocolo de investigação foi submetido e aprovado pela comissão de ética - Registo nº 8742/2017. **Resultados:** As dimensões “trabalho em equipa dentro das unidades” e “expectativas do supervisor na promoção da segurança” assumem percentagens positivas superiores a 65%. Existem cinco dimensões “dotação de profissionais”, “resposta ao erro não punitiva”, “apoio à segurança do doente pela gestão”, “trabalho em equipa entre as unidades” e “frequência da notificação de eventos” com percentagem de respostas positivas inferiores a 40%. **Discussão:** A dimensão trabalho de equipa destaca-se como um fator que reforça a cultura de segurança, apesar do insuficiente apoio da direção hospitalar e dotação de profissionais, que conseqüentemente interfere na menor colaboração entre as unidades. Os recursos humanos são indispensáveis para cuidar dos doentes e as reduzidas equipas podem influenciar a taxa de erros. Também a reduzida frequência de notificação de eventos adversos pelos enfermeiros poderá sugerir uma cultura punitiva, ainda presente nalgumas organizações de saúde, desencorajando as notificações de incidentes e impedindo a aprendizagem organizacional. **Conclusão:** Os enfermeiros deste estudo consideraram a cultura de segurança do paciente como aceitável, mas percebem a existência de fragilidades em algumas áreas. A análise da cultura de segurança contribuirá para planear intervenções que reduzam a incidência de erros, promovam a notificação voluntária e não punitiva, aproximando prestadores de cuidados, líderes, gestores na promoção da segurança do paciente.

## 26345 - AVALIAÇÃO DAS NOTIFICAÇÕES ESPONTÂNEAS ENVOLVENDO ERROS DE MEDICAÇÃO RECEBIDAS EM UMA INDÚSTRIA FARMACÊUTICA

MARIANA OLIVA DE OLIVEIRA - EUROFARMA LABORATÓRIOS S/A, JAQUELINE AMALIA DE PAULO - EUROFARMA LABORATÓRIOS S/A, RENATA DA ROCHA MEDEIROS - EUROFARMA LABORATÓRIOS S/A, GABRIELA PESTANA DINIZ - EUROFARMA LABORATÓRIOS S/A, LÍVIA MARTINS DE ABREU - EUROFARMA LABORATÓRIOS S/A (SÃO PAULO, SP)

**Introdução:** De acordo com o EMA<sup>1</sup>, “um erro de medicação é uma falha não intencional no processo de tratamento medicamentoso que leva ou tem a potencial para causar danos ao paciente”. A identificação de erros de medicação mais recorrentes pode orientar a ação da indústria e dos profissionais de saúde na mitigação dos impactos ao paciente. **Objetivo:** Identificar e avaliar, por meio de revisão da base de relatos de pós-comercialização de uma indústria farmacêutica, os erros de medicação mais reportados por consumidores e profissionais de saúde. **Método:** Foram trabalhadas informações de 1198 relatos que envolveram uso incorreto de medicamentos, recebidos de forma espontânea entre janeiro/2020 e junho/2022. Os dados pessoais dos pacientes e relatores foram anonimizados. Dentre os casos, foram desconsiderados aqueles que envolviam uso inapropriado de forma intencional. **Resultados:** Os relatos envolvendo erros de medicação representaram, em média, 12 a 13% do volume total da base entre os anos de 2020 e 2022 (12,1% em 2020, 12,3% em 2021; 14,4% em 2022). A maioria dos erros de medicação foi reportada por consumidores (93% em 2020, 88% em 2021; 89% em 2022). Em média, 3% dos relatos que envolveram erros de medicação possuíam ao menos um evento adverso grave (3% em 2020, 4% em 2021; 3% em 2022). Os termos mais recorrentes foram “medicamento sob prescrição médica utilizado sem prescrição” (16,8%), “técnica incorreta no processo de utilização de produto” (9,5%) e “problema relacionado à omissão de dose do produto” (7,7%). Estima-se que índice de automedicação entre os brasileiros era de 77%, em 2019<sup>2</sup>, o que corresponde ao erro mais recorrente observado. A omissão de dose, mesmo em ambientes controlados como hospitais, ainda representa 16,4% dos erros de medicação identificados<sup>3</sup>, enquanto a aderência ao tratamento domiciliar pode ser ainda menor. No Brasil, cerca de 67,5% dos profissionais de saúde se consideram subnotificantes<sup>4</sup>. **Conclusões:** Assim, a incidência de erros reportada no monitoramento pós-comercialização pode não refletir de forma precisa a realidade de uso da população. Investimentos em ações de educação quanto ao uso correto de medicamentos poderiam contribuir na diminuição de erros, favorecendo que os pacientes recebam orientações claras sobre sua utilização. Além disso, o estímulo à notificação dos usos incorretos, pode auxiliar a indústria no direcionamento de esforços de mitigação de riscos.

## 26014 - AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DA DOR: EDUCAÇÃO EM SERVIÇO PARA SEGURANÇA DO PACIENTE

FERNANDA ROSA INDRIUNAS PERDOMINI - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE/RS, ANA LUÍSA PETERSEN COGO - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE/RS, GIOVANA ELY FLORES - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE/RS, ISIS MARQUES SEVERO - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE/RS, MARISE MARCIA THESE BRAHM - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE/RS, MIRELLA DE OLIVEIRA TATSCH - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE/RS

**Introdução:** Sabe-se que a dor é uma experiência sensitiva, emocional e subjetiva desagradável. Assim, para ser avaliada e reavaliada pela equipe assistencial de forma individual é necessário considerar faixa etária, aspectos culturais e compreensão cognitiva. A educação profissional é fundamental para tornar este processo efetivo. **Objetivos:** Descrever a capacitação das equipes de Enfermagem sobre a avaliação e reavaliação da dor, o tratamento e o registro adequado em prontuário. **Descrição da execução:** A meta institucional proposta para essa ação de melhoria é o alcance de 85% de conformidade. Estão sendo desenvolvidas ações educativas híbridas destinadas às equipes de Enfermagem das unidades que atendem pacientes adultos. O curso EaD está disponível no ambiente virtual Moodle sobre Avaliação e Tratamento da Dor. Na sequência são realizados jogos e atividades interativas in loco de duração de 30 minutos. As educadoras organizaram 'kits educativos' como apoio às atividades contendo o Procedimento Operacional Padrão, as escalas padronizadas de avaliação da dor e perguntas disparadoras sobre o assunto a ser abordado. Foram confeccionadas placas indicativas para o ganhador (quem respondeu mais perguntas de forma correta) e com figuras sobre a capacitação para os demais participantes. Ao término da atividade realizou-se um selfie com o grupo para registro e divulgação institucional. Dentre os temas abordados destaca-se a leitura de prescrição, avaliação da dor (escalas, característica, localização e intensidade), tomada de decisão para implementar o tratamento da dor, sendo farmacológico ou não e uso de psicotrópicos. **Análise crítica dos resultados:** A atividade híbrida iniciou em maio com o incentivo à realização da EaD. Quanto à atividade presencial, os participantes estão relatando que a forma interativa traz "leveza" para a capacitação, além de ser divertido e desafiador. Aguardamos a análise do indicador sobre o registro adequado da dor para ver a efetivação da capacitação e mensuração da conformidade. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** A forma híbrida de ensino contribui para que o funcionário tenha o conteúdo teórico para leitura em EaD e no presencial possa discutir o tema com maior profundidade e dúvidas. Entende-se que quanto maior conhecimento quanto a fisiopatologia da dor e tratamento farmacológico adequado, melhor a segurança do paciente e de seu cuidado.

**26216 - CAMPANHA EDUCATIVA PELA SEGURANÇA DO PACIENTE EM SERVIÇO ESPECIALIZADO EM TRAUMA: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

LUDMILLA ALINE GUIMARÃES MOREIRA FARIAS - INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA, VELMA DIAS DO NASCIMENTO - INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA, MARIA DA CONCEIÇÃO SARAIVA DA SILVA - INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA, MARIA DE FÁTIMA BELARMINO DE SOUZA LUCENA - INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA, FRANCISCO WANDEMBERG RODRIGUES DOS SANTOS - INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA, FRANCISCO WALTER DE OLIVEIRA SILVA - INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA (FORTALEZA, CE)

**Introdução:** Segurança do Paciente é um tema de extrema relevância e vem sendo incentivada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA nos serviços de saúde. A valorização da Cultura de Segurança e da Qualidade da assistência faz parte do escopo de atuação da Gerência de Riscos e do Núcleo de Segurança do Paciente que colaboram com a prevenção e proteção à saúde. **Objetivo:** Descrever a estratégia de fortalecimento da Cultura de Segurança e a adesão de práticas seguras por profissionais de saúde, em hospital de referência em trauma e de alta complexidade do Ceará. **Método:** Estudo descritivo, tipo relato de experiência, realizado no Instituto Dr. José Frota – IJF, da Prefeitura Municipal de Fortaleza/Ceará. A equipe da Gerência de Controle de Riscos e Núcleo de Segurança do Paciente do IJF, orquestraram em abril de 2022 uma campanha institucional de conscientização da Segurança do Paciente, com ações educativas e capacitações em serviço que contaram com apoio dos representantes das demais coordenações assistenciais, realizando visitas setoriais e distribuindo o Manual de Práticas de Segurança do Paciente do IJF (através de crachás e folders com QR CODE contendo o manual digital), elaborado para o evento baseado nos protocolos institucionais. **Resultados e discussão:** A Campanha Abril pela Segurança do Paciente no IJF contou com ações educativas e capacitações em serviço, focando cada semana em um tema específico (Prevenção de quedas, Cirurgia segura, Prevenção de lesão por pressão e Administração de medicação segura). As ações foram desenvolvidas nas unidades de internação, terapia intensiva e emergência, com divulgação de manual, participação de humorista e musicoterapia, além do desenvolvimento do I Concurso de Belas Frases sobre o tema Segurança do Paciente. Ao final da campanha, as três frases mais elaboradas foram premiadas, além do reconhecimento das unidades (ouro, prata ou bronze) que mais colaboram com melhorias através de notificações. Houve grande adesão à campanha, com aproximadamente 350 profissionais de saúde do IJF capacitados. **Conclusão:** As ações gerenciais e de conscientização como a Campanha Abril pela Segurança do Paciente do IJF são fundamentais para uma melhor adesão aos protocolos institucionais, gerando melhorias nos processos de trabalho e impactando diretamente na qualidade da assistência.

## 26434 - CARACTERIZAÇÃO DE FLEBITES QUÍMICAS NO ACESSO VENOSO PERIFÉRICO E FATORES CONTRIBUINTE PARA O SEU DESENVOLVIMENTO

ALICE MARIA DA SILVA – UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA/UFSC, FILIPE CARVALHO MATHEUS – UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA/UFSC

**Introdução:** A Farmacovigilância consiste na aplicação de metodologias de análise de incidentes e eventos adversos relacionados a medicamentos, baseado na busca ativa e, na notificação espontânea destes eventos, visando a sua prevenção. É frequente no ambiente hospitalar eventos como a flebite química, que pode ter relação com a farmacoterapia intravenosa. **Objetivo:** Caracterizar as flebitas associadas à medicação intravenosa em pacientes internados em um Hospital Universitário da Região Sul do Brasil, notificadas no período de primeiro de janeiro de 2018 a 31 de dezembro de 2020. **Método:** Tratou-se de um estudo transversal retrospectivo, de abordagem descritiva e quantitativa, de análise documental, realizado mediante a análise dos dados secundários dos registros dos eventos adversos relacionados à farmacovigilância. Foram notificadas 93 flebitas químicas, sendo 2018 o ano de maior número de notificações. **Resultados:** Constatou-se que o maior percentual de flebitas ocorreu em homens na faixa etária entre 61 a 70 anos (14%), sendo a idade um fator contribuinte para a flebite. A prevalência de flebite foi a de Grau 1 (25,8%), evidenciando o bom desempenho das ações multiprofissionais para o impedimento de sua evolução. Entre as flebitas notificadas, 53,8% estavam localizadas em membro superior esquerdo. O medicamento mais associado ao desenvolvimento de flebite química foi o antibiótico ceftriaxona 2 g (10,5%), evidenciado na literatura. Em relação ao aparecimento de sinais e sintomas de flebite, constatou-se que após 1 dia de infusão do medicamento IV foi mais relatado (19,4%), sendo mais recorrente a administração de apenas 1 medicamento por acesso venoso periférico (AVP) (68,8%). A principal conduta realizada pela equipe de enfermagem foi a troca do local do acesso venoso, em 64 casos. Tendo o desfecho das investigações dos casos de flebite química, resultados positivos, demonstrando que a maioria dos pacientes obtiveram melhora da lesão (49,5%). As intervenções farmacêuticas, quando necessárias, foram orientações quanto ao preparo e administração de medicamentos e o acompanhamento da evolução dos sinais flogísticos em AVP (dor, calor, rubor, edema e perda de função do paciente), a fim de evitar complicações como tromboflebite, ou sepse, que pode prolongar o tempo de internação hospitalar e elevar o risco de óbito. Nestas condições é visível a relevância dos resultados apresentados. **Conclusão:** Onde neste panorama, a qualificação da equipe multiprofissional dentro das especificidades e necessidades é um fator importante para prevenir erros e eventos adversos.



**26353 - CARRO DE EMERGÊNCIA: PADRONIZAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DO PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO MULTIPROFISSIONAL – RELATO DE EXPERIÊNCIA**

TATIANE FREITAS DA SILVA ARAÚJO - HOSPITAL DE BASE DR. ARY PINHEIRO E DEPARTAMENTO DE MEDICINA UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA, LUCAS PAULO OLIVEIRA SILVA - DEPARTAMENTO DE MEDICINA UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA, IAN HAENDEL MENDONÇA GABRIEL - DEPARTAMENTO DE MEDICINA UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA, BÁRBARA SOARES - DEPARTAMENTO DE MEDICINA UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA, KATHERINE ARAÚJO CARVALHO - DEPARTAMENTO DE MEDICINA UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA, HORÁCIO TAMADA - HOSPITAL DE BASE DR. ARY PINHEIRO E DEPARTAMENTO DE MEDICINA UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA

**Introdução:** No Brasil estima-se que anualmente ocorram aproximadamente 200 mil PCR, sendo que em 2016 houve 339 mil óbitos pela mesma, o que corresponde cerca de 30% das mortes no país (GUARÇONI et al., 2021). Neste sentido com o intuito de melhorar o tempo de respostas, o carro de emergência é utilizado sendo essencial no atendimento desses casos, exigindo uma organização rigorosa dos medicamentos, materiais e composição tanto da equipe envolvida no seu manuseio. **Objetivo:** Relatar a experiência vivenciada durante a padronização e implantação de um procedimento operacional padrão (POP) multiprofissional conforme a legislação vigente. **Descrição da execução:** Realizado com auxílio dos acadêmicos de medicina da Universidade Federal de Rondônia (UNIR), em um hospital geral terciário referência na região norte. O diagnóstico foi realizado no mês de maio de 2022 e a implementação do POP multiprofissional ocorreu no mês julho de 2022, utilizando como técnicas o diagnóstico situacional dos carros de emergência e capacitação com a equipe. **Análise crítica dos resultados:** Identificado enormes impasses na organização de todos os carros de emergência, dentre eles a ausência do lacre e sua localização inadequada; protocolo operacional padrão de modelo singular resultando em clínicas com medicações vencidas por não serem utilizadas; checklist sem padronização e inexistente em algumas clínicas; desconhecimento da equipe multidisciplinar sobre a sua localização e componentes essenciais. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade no cuidado:** Mesmo com a insuficiência de profissionais e recursos foi possível ampliar a visão do cuidado de qualidade de todos os envolvidos e suas responsabilidades; facilitou a identificação e resolução dos impasses que interferiam na organização dos carros de emergências; proporcionou conhecimentos científicos e vínculo entre direção, gerência e coordenações de enfermagem e médica, farmacêutico, equipe de enfermagem, e acadêmicos para uma assistência segura e de qualidade ao paciente.

**26249 - CARTILHA EDUCATIVA SOBRE A ATUAÇÃO DO GESTOR NA SEGURANÇA DO PACIENTE: ESTUDO METODOLÓGICO**

KISNA YASMIN ANDRADE ALVES - ESCOLA DE SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, ISADORA MARIA RAMOS - ESCOLA DE SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, PÉTALA TUANI CANDIDO DE OLIVEIRA SALVADOR - ESCOLA DE SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, ROSIRES MAGALI BEZERRA DE BARROS - ESCOLA DE SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

**Introdução:** A segurança do paciente compreende um conjunto de ações que possibilitam transformações culturais, comportamentais e processuais nos serviços de saúde de modo a minimizar os riscos e probabilidade de ocorrência dos incidentes, além de reduzir os impactos desses. A atuação dos gestores de saúde, a qual deve ser pautada nas estratégias de liderança e educativas, pode promover um ambiente propício para o fortalecimento da segurança do paciente. Assim, vislumbrou-se a necessidade de uma cartilha educativa que abordasse aspectos sobre a atuação do gestor à luz segurança do paciente. **Objetivo:** Propor uma cartilha educativa sobre o papel do gestor de saúde na segurança do paciente. **Método:** Trata-se de um estudo metodológico para a construção de uma cartilha educativa sobre o papel do gestor na segurança do paciente, o qual foi realizado entre maio e dezembro de 2021 e foi constituído por 3 etapas: 1) revisão integrativa da literatura, 2) organização do conteúdo da cartilha educativa e 3) organização gráfica da cartilha educativa. Para as etapas 2 e 3, utilizou-se as orientações do material “Elaboração de materiais educativos”, de autoria da Universidade de São Paulo. **Resultado:** A cartilha educativa é composta por 15 páginas e estruturada com elementos pré-textuais, textuais e pós-textuais. Nos elementos textuais, abordaram-se: conceitos e dados epidemiológicos da segurança do paciente, atuação do gestor na segurança do paciente, estratégias de gestão para a promoção da segurança do paciente, consequências da falta de atuação do gestor e desafios da atuação do gestor de saúde na segurança do paciente. **Considerações finais:** A cartilha educativa destaca os aspectos conceituais e operacionais da atuação do gestor de saúde na segurança do paciente.

**26013 - CLIMA DE SEGURANÇA EM CENTRO CIRÚRGICO UNIVERSITÁRIO DURANTE PERÍODOS PRÉ-PANDÊMICO E PANDÊMICO DA COVID-19**

NATHÁLIA HENRIQUES VEIGA - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, CINTIA SILVA FASSARELLA - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, BEATHRICE RAMOS BESERRA - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, VANESSA DE SOUZA MORAES - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, RHAYANA VITHÓRIA DA ROSA SILVA - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

**Introdução:** Em 1999 foi criado o relatório “Errar é Humano” objetivando apresentar medidas para reduzir erros médicos e melhorar a segurança do paciente. A temática ganhou notoriedade, sobretudo, durante a pandemia da COVID-19 pelos órgãos de saúde de todo o mundo. Este estudo tem como justificativa a necessidade de ambientes cirúrgicos com clima de segurança mais positivo para prover uma assistência de qualidade e segura aos pacientes cirúrgicos. **Objetivo:** Comparar domínios de clima de segurança em centro cirúrgico universitário nos períodos pré-pandemia e pandemia da COVID-19. **Método:** Estudo transversal, descritivo com abordagem quantitativa, utilizou-se a ferramenta Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE). A população alvo foi profissionais de saúde do centro cirúrgico que trabalharam durante períodos pré-pandêmico e pandêmico da COVID-19. Os critérios de inclusão foram trabalhar neste ambiente durante esses dois períodos. A coleta de dados ocorreu de julho a dezembro de 2021, realizada no centro cirúrgico de um hospital universitário. O instrumento utilizado para a coleta foi o Safety Attitudes Questionnaire/Operating Room. Os dados foram organizados por meio da plataforma Excel, realizou-se análise estatística descritiva simples. Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o número 4.638.444. **Resultados:** Participaram 98 profissionais de saúde. Os escores observados durante o período pré-pandêmico e pandêmico foram, respectivamente: clima de segurança (41,29%; 70,6%), condição de trabalho (57,03%; 63,14%), percepção da gerência (65,35%; 64,54%), percepção do desempenho profissional (23,59%; 24,76%) e percepção do estresse (48,15%; 50,53%), todos com cultura frágil, exceto para o domínio comunicação (69,27%; 77,26%) que foi positivado no período pandêmico. A qualidade da comunicação também foi avaliada indicando que os cirurgiões foram os profissionais classificados com as pontuações mais baixas e os instrumentadores/circulantes de sala com as melhores pontuações durante os períodos avaliados. **Conclusão:** Os períodos avaliados obtiveram resultados diferentes indicando que houve comparação e evolução no domínio comunicação. Entretanto, é necessário que haja implementação de melhorias dos outros domínios para que se atinja um clima de segurança do paciente mais positivo.

**26444 - COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO SEGURO DE MODO INTERSETORIAL: PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DO CONSULTÓRIO NA RUA**

NEMÓRIO RODRIGUES ALVES – UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS/UFAL, NATALHA CABRAL DO NASCIMENTO - UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS/UFAL, BRUNA AGUIDA VIANA DA PAZ - UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS/UFAL, PATRICIA DE CARVALHO NAGLIATE – UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS/UFAL

**Introdução:** As pesquisas na área do cuidado seguro na Atenção Primária à Saúde brasileira têm desvelado uma realidade complexa e com múltiplos atravessamentos. No âmbito do cuidado à população em situação de rua, as equipes de Consultório na Rua são as referências no setor saúde, no entanto, para dar resposta às demandas complexas e permeadas pelas relações de vulnerabilização que constituem as características da referida população, torna-se necessário a articulação das redes intersetoriais para o compartilhamento do cuidado. **Objetivo:** Compreender as práticas dos profissionais do Consultório na Rua acerca do cuidado seguro. **Método:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa construída sob a ótica do referencial teórico-metodológico da hermenêutica-dialética. O estudo foi realizado em Alagoas junto aos profissionais do Consultório na Rua de Maceió. Para produção das informações, utilizou-se a observação participante e os registros foram feitos em diários de campo. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas sob o parecer 5.324.672. **Resultados:** Participaram desta pesquisa, até o momento, 16 profissionais de 3 equipes distintas. Apresentam-se os resultados oriundos da seção cujo aspecto observado foi a comunicação e articulação intersetorial. Observou-se que os profissionais acessam diversos dispositivos com os quais compartilham o cuidado e assistência à população em situação de rua. Dentre eles, destacam-se os abrigos permanentes e provisórios, casas de passagem e o Centro POP. Verificou-se que as equipes eram bem acolhidas quando iam realizar as visitas, e que a comunicação com os técnicos de referência para cada serviço acontecia de modo efetivo. Observou-se a predominância de visitas aos dispositivos da rede de assistência e proteção social. **Conclusão:** O cuidado seguro e com qualidade para a população em situação de rua apresenta singularidades que permeiam a articulação intersetorial. As práticas dos profissionais do consultório na rua, no que diz respeito à comunicação e realização de atividades junto a outros serviços, foram compreendidas como evidências de práticas de cuidado seguro.

**26429 - COMPARTILHANDO CONHECIMENTO PARA A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM FRENTE AOS DESAFIOS IMPOSTOS PELA COVID-19**

MARI NEI CLOSOSKI DA ROCHA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE/RS, ANA PAULA NARCIZO CARCUCHINSKI - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE/RS, MORGANA MORBACH BORGES - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE/RS, MÁRCIO JOSUE TRASEL - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE/RS, ADRIANA DE AMARAL MANDICAJU - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE/RS

**Introdução:** A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) proporciona melhoria significativa na qualidade da assistência aplicada ao paciente, por meio do planejamento das ações de forma individualizada. Cabe ao enfermeiro, a construção do conhecimento e o seu compartilhamento com todos os indivíduos envolvidos. Com a pandemia COVID-19, a enfermagem precisou ampliar o conhecimento para prestar assistência de qualidade. Diante disso, notou-se a necessidade de capacitar e revisar os processos assistenciais, direcionando para a complexidade dos pacientes pós-covid. **Objetivo:** Demonstrar a importância do compartilhamento do conhecimento para a SAE frente aos desafios impostos pela COVID-19. **Descrição da execução:** Trata-se de um relato de experiência dos enfermeiros da Unidade de Recuperação Pós-Anestésica (URPA) de um Hospital Universitário de Porto Alegre, referente ao atendimento do paciente crítico pós-covid no período de 2019 a 2020. A URPA, durante o auge da pandemia, foi reestruturada para atendimento dos pacientes críticos pós COVID, necessitando por parte de toda a equipe de enfermagem, conhecimentos específicos para o tratamento dos pacientes. Os enfermeiros adequaram a SAE existente no setor, isso se fez, através da busca nas literaturas sobre cuidados específicos a pacientes críticos, por compartilhamento de informações/in loco com os colegas da unidade de terapia intensiva-UTI, na revisão dos procedimentos operacionais padrão, na filmagem de uma técnica a beira leito que fora compartilhada com toda a equipe assistencial, entre outras ações. A cada situação nova que acontecia, era compartilhado às informações por meio de uma lista de transmissão via aplicativo, com a finalidade de atualizar os colaboradores. **Resultados:** Foi possível, por meio das ações realizadas, adequar o setor e capacitar a equipe de enfermagem para o atendimento aos pacientes críticos pós covid, propiciando uma assistência segura, com qualidade e excelência. Fica a reflexão que devemos pensar em estratégias que facilitem o aprimoramento do conhecimento frente a uma situação inesperada, que necessite de ações imediatas. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade no cuidado:** Os desafios impostos pela COVID-19, salientaram a importância da capacitação constante dos profissionais de enfermagem e reforçou a sistematização da assistência de enfermagem como uma ferramenta importante na atuação do profissional enfermeiro.

## 26061 - COMUNICAÇÃO DE RESULTADOS DE EXAMES CRÍTICOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

MANUELA PINTO TIBÚRCIO - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES, ANA BEATRIZ DE ALMEIDA MEDEIROS MOURA - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES, SÂMIA JAMYLLÉ SANTOS DE AZEVEDO - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES, MÁRCIA MARIA DA SILVA BARBOSA - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES, PATRÍCIA MEDEIROS DA SILVA OLIVEIRA - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES, ALBIREA SHINOBU INAOKA BRITO - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES (NATAL, RN)

**Introdução:** A comunicação de resultados de exames críticos é um processo pelo qual os profissionais de saúde são alertados a respeito de resultados laboratoriais potencialmente fatais em tempo hábil para tomada de decisão. **Objetivo:** Relatar o processo de execução da avaliação do indicador comunicação de resultados de exames críticos como parte da 2ª meta nacional de segurança do paciente. **Descrição da execução:** A coleta dos dados para avaliação do indicador resultados de exames críticos é realizada duas vezes por mês pela equipe da Unidade de Gestão de Riscos Assistenciais. Operacionalmente, o resultado crítico deve ser comunicado o mais rápido possível ao médico ou, na sua ausência, à equipe de enfermagem, solicitando que a informação seja repassada ao médico e registrada em prontuário. A notificação deve ser realizada por telefone. Identifica-se, durante a ligação, que se trata de um resultado crítico de exame e solicita-se ao receptor da informação que a repita (readback). A lista de exames críticos com as informações sobre o exame, resultado, horário da comunicação, emissor e receptor, preenchida pelo laboratório de análises clínicas, é recolhida a fim de se iniciar a avaliação do indicador. Os pacientes da UTI adulto são selecionados e sua localização no dia da investigação é conferida, para executar a análise in loco dos prontuários. A prescrição médica do dia da comunicação do exame crítico é analisada em busca da existência e do preenchimento adequado do Carimbo de Comunicação de Resultados Críticos. Constatada a presença e adequado preenchimento do carimbo na prescrição, o item entra como dado positivo para o indicador de comunicação. **Análise crítica dos resultados:** Condutas têm sido tomadas mais rapidamente diante da comunicação de resultados críticos de exames. Entretanto, fragilidades têm sido identificadas: laboratório não consegue contato com setor de internamento e, quando o receptor não é o enfermeiro, desconhece a existência do carimbo. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** A comunicação ágil e efetiva dos resultados contribui para a tomada de decisão do médico, sendo essencial para garantir cuidados adequados e prevenir eventos adversos causados por atrasos no tratamento.

## 26443 - CUIDADO SEGURO NO PROCESSO DE TRABALHO: PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DO CONSULTÓRIO NA RUA

NEMÓRIO RODRIGUES ALVES – UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS/UFAL, NATALHA CABRAL DO NASCIMENTO - UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS/UFAL, BRUNA AGUIDA VIANA DA PAZ - UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS/UFAL, PATRICIA DE CARVALHO NAGLIATE – UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS/UFAL

**Introdução:** No âmbito do Atenção Primária à Saúde brasileira, as equipes de Consultório na Rua são a referência para o cuidado da população em situação de rua. O processo de trabalho dessas equipes deve contemplar práticas para um cuidado mais seguro. A segurança do paciente é compreendida como uma estrutura de atividades organizadas que reduzem riscos de forma consistente, diminuem a ocorrência de danos evitáveis, tornam os erros menos prováveis e reduzem o impacto dos danos quando ocorrem. **Objetivo:** Compreender as práticas dos profissionais do Consultório na Rua acerca do cuidado seguro. **Método:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa construída sob a ótica do referencial teórico-metodológico da hermenêutica-dialética. O estudo foi realizado junto aos profissionais do Consultório na Rua de Maceió. Para produção das informações, utilizou-se a observação participante e os registros foram feitos em diários de campo. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas sob o parecer 5.324.672. **Resultados:** Participaram desta pesquisa, até o momento, 16 profissionais de 3 equipes distintas. Apresentam-se os resultados oriundos da seção cujo aspecto observado foi a organização do processo de trabalho. Foram constatadas a realização de atividades pré-campo, momento em que eles traçam o roteiro dos territórios a serem visitados, discutem sobre as necessidades de saúde e social das pessoas, checam encaminhamentos e atividades a serem feitas. Algumas estratégias foram verificadas, como a utilização de cadernos para registro de dispensação de medicamentos e entrega de exames, bem como para realização de testes rápidos. Além dessas, observou-se o uso de um caderno de campo, ferramenta construída para registro das atividades realizadas, insumos distribuídos e territórios visitados. **Conclusão:** Organizar o processo de trabalho é uma estratégia que garante o cuidado com qualidade e mais segurança. Apesar das similaridades e diferenças entre as estratégias observadas nas práticas dos profissionais do consultório na rua, foi possível compreender que existem especificidades que são determinadas pelas singularidades dos territórios e do processo de trabalho em equipe.

**26459 - CUIDADOS ESTENDIDOS AOS PACIENTES CIRÚRGICOS DE ALTO RISCO**

MÁRCIO JOSUÉ TRÄSEL - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, MARI NEI CLOSOSKI DA ROCHA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, ANA PAULA NARCIZO CARCUCCHINSKI - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, MORGANA MORBACH BORGES - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, ADRIANA MARIA ALEXANDRE HENRIQUES - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, ZENAIDE PAULO SILVEIRA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (RS)

**Introdução:** Pacientes pós-cirúrgicos exigem vigilância constante devido às possíveis instabilidades decorrentes do procedimento cirúrgico, anestésico e suas comorbidades. Devido à grande demanda de pacientes críticos na sala de recuperação pós-anestésica (SRPA) a equipe de enfermagem deve estar capacitada para prestar os cuidados de maneira mais individualizada e integral, empregando estratégias diferenciadas de acordo com o nível de complexidade que os pacientes apresentam. Pacientes submetidos a cirurgia nesta instituição, são estratificados conforme o modelo de risco que usa o desfecho probabilidade de morte em 30 dias, utilizando como variáveis ASA, idade, porte cirúrgico e o caráter (urgência ou eletiva). Para esta classificação utilizamos o escore SAMPE, que apresenta 4 níveis de complexidade: Verde: risco de morte <2%, Amarelo entre 2 e 5%; Laranja entre 5 e 10% e Vermelho  $\geq$ 10%. **Objetivo:** Descrever o atendimento de enfermagem específico aos pacientes com risco SAMPE laranja e vermelho no período pós-operatório na SRPA. **Método:** Trata-se de um relato de experiência dos enfermeiros da Sala de Recuperação de um Hospital Universitário de Porto Alegre, que utilizam a escala SAMPE para orientar a assistência de enfermagem. **Descrição da execução:** Na admissão do paciente na SRPA é informado pelo anestesista o nível de complexidade do paciente, e a cor do SAMPE, que é registrado no prontuário do paciente, ficando mais visível para todos os profissionais. A assistência a estes pacientes requer cuidados mais intensivos, monitorização contínua e demais especificidades de acordo com o procedimento realizado. Os critérios de alta e transferência de pacientes com alto risco são diferenciados. É realizada por meio de contato telefônico com a enfermeira da unidade, onde se relata o resumo do caso, medidas terapêuticas e existência de intercorrências. Na unidade de internação estes pacientes terão cuidados intensivos nas primeiras 48h pós-operatórias, que estarão prescritos como cuidados estendidos. **Análise crítica dos resultados:** A utilização do escore SAMPE em pacientes cirúrgicos constitui um modelo de qualidade de atendimento que permite reduzir o número de mortes evitáveis. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade no cuidado:** A identificação dos pacientes de alto risco possibilita a implementação de cuidados específicos, identificação e prevenção de possíveis intercorrências, reduzindo os riscos de morte no paciente.



## 26254 - DESAFIOS DO ENFERMEIRO GESTOR NO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UM CENTRO DE IMAGEM

SANDRA VALERIA FRANCISCONI SANTOS - CENTRO ESTADUAL DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM/RJ, ANAH CAROLINAH ALVES VIANA - CENTRO ESTADUAL DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM/RJ, ISABELLE CAVALCANTE MURY - FUNDAÇÃO SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, MAYARA GONÇALVES MEDEIROS - FUNDAÇÃO SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

**Introdução:** A evolução tecnológica da saúde garante a atualização constante de profissionais, visando à qualidade do atendimento dentro dos Centros de Diagnósticos por Imagem. A atuação do Enfermeiro por uma assistência segura, vem ganhando importância devida nos últimos anos, com participação de forma eficaz da gestão. Elaborando e colocando em prática os protocolos de assistência do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) nos centros de imagens. **Objetivo:** Desafios enfrentados para o desenvolvimento do NSP na disseminação da cultura de segurança no CEDI. **Descrição da execução:** A formação do NSP no CEDI foi iniciada em 05 de outubro de 2021, baseado nas normas da Câmara Técnica de Segurança do Paciente (CTSP) da FSERJ. Os membros atuantes e consultivos foram convidados de acordo com sua área de atuação (Enfermagem, Radiologia Farmácia, Operação, Atendimento, Ouvidoria, Médicos, Engenharia Clínica, Assistente Social, Recursos Humanos e Assessoria da Direção Geral) e nomeados pela Direção. Elaboramos o Plano de Segurança do Paciente do CEDI, baseado no modelo da CTSP, adequando e mapeando os riscos para nossa unidade. Iniciamos com foco na meta de identificação correta dos nossos pacientes e higienização das mãos para o ano de 2022. As reuniões ocorrem mensalmente, onde são analisadas e discutidas as melhorias contínuas dos processos. Os incidentes encontrados por busca ativa e as notificações espontâneas são realizadas pelos colaboradores da unidade de forma on-line são analisadas pelo NSP e encaminhadas aos setores responsáveis com análise de causa raiz, plano de ação e prazo de solução desses incidentes. Estes são relacionados em uma planilha, enviada mensalmente à Direção. Adicionalmente, relatórios são enviados mensalmente à CTSP da FSERJ. **Análise crítica dos resultados:** Déficit na aderência dos colaboradores à cultura de valorização na segurança do paciente na unidade. Estamos investindo na capacitação e treinamento dos gestores e membros do Núcleo. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade no cuidado:** Trabalhar com a Fundação Saúde que possui uma política de segurança do paciente estabelecida e cultura implementada, tem sido uma grande oportunidade de aperfeiçoamento profissional em benefício aos nossos pacientes. DESCRITORES: Segurança do Paciente; Cultura Organizacional; Qualidade da Assistência à Saúde.

## 26419 - DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DE CURSO DE DIFUSÃO ONLINE SOBRE ENFERMAGEM E A SEGURANÇA DO PACIENTE

ALINE NATALIA DOMINGUES - ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, JULIA FERREIRA DA COSTA - ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SILVIA HELENA ZEM-MASCARENHAS - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS, LUCIANA MARA MONTI FONSECA - ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

**Introdução:** O uso do e-learning pode ser considerado como um processo de aplicação de Tecnologias Digitais Educacionais no processo de ensino-aprendizagem. O e-learning tem como intuito ofertar uma aprendizagem eficaz e confortável, aliada a inúmeros recursos de multimídia, além da verificação imediata do conhecimento adquirido pelo estudante. **Objetivo:** O objetivo deste estudo foi desenvolver e validar um curso de difusão online sobre enfermagem e a segurança do paciente. **Método:** Trata-se de um estudo metodológico e exploratório descritivo, de abordagem quantitativo. Para o desenvolvimento do curso utilizou-se referencial teórico-metodológico do design instrucional contextualizado e a aprendizagem significativa, no qual seguiu as etapas de: planejamento, construção e transformação dos conteúdos, desenvolvimento da dinâmica do curso e conclusão. O conteúdo do curso foi avaliado por expertises da área da enfermagem e a análise dos dados realizou-se por meio de estatística descritiva simples. **Resultados:** A validação do conteúdo do curso de difusão foi realizada por seis expertises, que avaliaram como pertinentes os objetivos, estrutura, apresentação e relevância através do Índice de Validade de Conteúdo IVC maior que 80% de concordância. **Conclusão:** O design instrucional contextualizado facilitou os passos de desenvolvimento do curso desde seu planejamento à conclusão, além da importância da validação do conteúdo por especialistas da área, de forma a contribuir para um melhor design, com conteúdo significativo e melhor experiência na navegação da tecnologia educacional.

## 26071 - EDUCAÇÃO CONTINUADA SOBRE A IMPORTÂNCIA DA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS PARA O CONTROLE DE INFECÇÕES

GISELLE KARINE MUNIZ DE MELO - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO – HU/UNIVASF, VICTOR HUGO DA SILVA MARTINS - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO – HU/UNIVASF, MARGARIDA MARIA PAIVA MATOS DE SOUSA - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO – HU/UNIVASF (PETROLINA, PE)

**Introdução:** A melhoria da higienização das mãos depende da implantação das estratégias multimodais baseadas na educação permanente dos profissionais da saúde, monitorização das práticas relativas a este procedimento e o feedback às equipes, instalação de lembretes de promoção à higienização das mãos nos pontos de assistência e adoção de um clima institucional seguro. **Objetivo:** Relatar a experiência de uma prática educativa sobre a higiene das mãos em um Hospital Universitário em Petrolina/PE, durante o mês de maio de 2022. **Descrição da execução:** Participaram da atividade educativa todas as Unidades de Internação. Promoveu-se a atividade intitulada “Big amigos da Higienização das Mãos”, com 03 momentos: “Big Fone da Higienização das Mãos”, onde SCIRAS da instituição realizou ligações surpresas nos diferentes turnos de trabalho e foram feitas 05 perguntas referentes ao processo de higiene das mãos e cada acerto tinha uma pontuação de 01 bolha de sabão, totalizando 05 bolhas por Unidade; “Prova de Resistência”, onde a Unidade de Segurança do Paciente (UGQSP) observou por 60 min as oportunidades de higiene das mãos em cada Unidade de Internação nos 05 momentos recomendados pela Anvisa, e a Unidade que apresentou 20 min de conformidade nos 05 momentos ganhou 01 bolha de sabão, a que apresentou 40 min, ganhou 02 bolhas de sabão e a que apresentou 60 min, ganhou a pontuação de 03 bolhas de sabão; e a “Prova do Líder”, onde a Unidade que enviasse por e-mail uma foto com a equipe assistencial representando a comemoração do Dia Mundial de Higienização das Mãos ganharia a prova da liderança com 02 bolhas de sabão, totalizando uma pontuação máxima de 10 bolhas de sabão. O resultado do paredão foi divulgado na Instituição e todas as Unidades participaram de forma ativa. A Unidade que obteve o maior número de bolhas de sabão conquistadas foi reconhecida com o prêmio Mãos Limpas, Mãos Seguras, além do recebimento de uma cesta premiada para a realização de um café da manhã com a equipe assistencial campeã. Diante dessa experiência, a realização dessa ação contribuiu para uma maior adesão dos profissionais às práticas de higienização das mãos, aprimorando o conhecimento dos profissionais sobre o tema, facilitando o aprendizado de forma ativa, além de possibilitar uma maior interação entre o SCIRAS, a UGQSP e as equipes assistenciais na busca de uma cultura institucional segura.

**26435 - EDUCAÇÃO PERMANENTE APLICADA DE FORMA LÚDICA PARA PROMOÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE**

MARI NEI CLOSOSKI DA ROCHA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, ANA PAULA NARCIZO CARCUCHINSKI - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, ANDRÉ TEIXEIRA DA SILVA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, ADRIANA DE AMARAL MANDICAJU - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, MORGANA MORBACH BORGES - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, MÁRCIO JOSUE TRASEL - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (RS)

**Introdução:** A educação permanente é uma prática de ensino e aprendizagem que, geralmente, acontece nas Instituições de forma mais tradicional, como palestras, cursos, entre outros. A partir dos avanços tecnológicos, novos recursos estão sendo implementados para a prática educativa, tornando-a mais lúdica e interessante. Diante disso, pensou-se em renovar o processo de treinamento da equipe, de forma a aumentar a interação e assimilação das informações, engajando e aproximando toda a equipe de enfermagem. **Objetivo:** Renovar a forma de educação permanente da equipe de enfermagem, trabalhando de forma lúdica sobre as seis Metas Internacionais de Segurança do Paciente. **Descrição da execução:** Trata-se de um relato de experiência dos enfermeiros da Sala de Recuperação de um Hospital Universitário de Porto Alegre, referente à uma capacitação realizada no período de abril/2022, com a equipe de enfermagem sobre as metas internacionais de segurança do paciente. Para a realização do treinamento, foi elaborado um vídeo com fotos ilustrativas das metas internacionais de segurança, onde cada meta era representada por um gesto feito com as mãos, que reforçava o foco da meta em questão. Este vídeo foi transmitido, pelo período de duas semanas, em um monitor na sala de recuperação, entre um intervalo e outro das solicitações das camas a serem enviadas para o bloco cirúrgico e também foi disponibilizado para toda a equipe de enfermagem através da lista de transmissão pelo aplicativo de comunicação da unidade. **Análise crítica dos resultados:** Foi possível desenvolver a educação permanente da equipe de enfermagem de forma interativa e lúdica, abordando o tema das metas internacionais de segurança do paciente. Assim, favoreceu de uma maneira não tradicional, a forma de ensino e aprendizagem dos profissionais da unidade, despertando maior interesse e engajamento sobre o assunto. Após a capacitação da equipe, a unidade passou por uma avaliação interna da Instituição sobre as metas de segurança do paciente e o resultado foi o melhor do hospital, com 100% de acertos. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade no cuidado:** Diante destes resultados, observou-se que, a educação permanente aplicada de forma lúdica, desperta o interesse, a participação e a interatividade entre os colaboradores, garantindo uma assistência de enfermagem segura e de qualidade aos pacientes.

**26027 - EDUCAÇÃO PERMANENTE NA ENFERMAGEM SOBRE A SEGURANÇA DA CADEIA MEDICAMENTOSA: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

GRAZIELE GORETE PORTELLA DA FONSECA - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, FRANCIELY DAIANA ENGEL - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, MÁRCIO KIST PARCIANELLO - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, ANA LÚCIA SCHAEFER FERREIRA DE MELLO - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

**Introdução:** Os erros envolvendo a terapia medicamentosa se apresentam como um dos incidentes mais comuns nas instituições hospitalares. São provocados na grande maioria por falhas nos processos e procedimentos assistenciais, que ocorrem no momento da prescrição, da dispensação, do preparo, da administração e do monitoramento, podendo acarretar em danos graves aos pacientes. **Objetivo:** Relatar a experiência da realização de educação permanente a profissionais da enfermagem sobre segurança da cadeia medicamentosa. **Descrição da execução:** Trata-se de um relato de experiência acerca da educação permanente realizada com profissionais de enfermagem de um hospital de pequeno porte da região Sul do Brasil, no primeiro semestre de 2022. A intervenção foi realizada em três períodos, cada um com duração de 30 minutos. Inicialmente explanou-se acerca da temática, abordando os principais conceitos e fatores geradores de riscos e incidentes envolvendo a terapia medicamentosa. No segundo momento ocorreu uma roda de conversa para que os profissionais apresentassem suas dúvidas e acrescentassem sugestões de melhorias do processo para prevenir incidentes com terapia medicamentosa. **Análise crítica dos resultados:** Houve participação ativa dos profissionais, sendo que a atividade de educação permanente se mostrou relevante, estimulando aos mesmos o reforço ou revisita de alguns conceitos e procedimentos envolvidos na administração de fármacos. Destaca-se que as sugestões mais apontadas pelos profissionais foram: identificação correta do paciente com pulseira, incentivo da integração do paciente como sujeito ativo, por meio de questionamento direto sobre possíveis alergias ao administrar fármacos e o envolvimento de familiares no processo. A partir desta atividade foi evidenciado, por meio de análise dos indicadores institucionais, a diminuição dos eventos adversos envolvendo terapia medicamentosa. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade no cuidado:** Observou-se que as atividades de educação permanente contribuíram para a melhoria da qualidade do cuidado, bem como para a segurança do paciente, diminuindo eventos que poderiam causar danos e eventos adversos. Sugere-se que as instituições hospitalares mantenham calendário de ações de educação permanente para reforçar a importância da assistência segura, conforme protocolos da instituição.

## 26409 - ENCONTRO CLINICO COMO ESTRATEGIA DE DISCUSSÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE

EDUARDO LEANDRO RODRIGUES - HOSPITAL GERAL DE ITAPECERICA DA SERRA, FERNANDA DEI SVALDI PAMPLONA - HOSPITAL GERAL DE ITAPECERICA DA SERRA, FABIANA FONTES GUIRRA PALHARES - HOSPITAL GERAL DE ITAPECERICA DA SERRA (SÃO PAULO)

**Introdução:** A experiência aqui apresentada traz consigo os encontros clínicos de enfermagem com discussão de situações que ocorrem nas unidades assistências de saúde da instituição na qual foi vivenciada a experiência. A ideia do encontro clínico de enfermagem surgiu da experiência dos autores enquanto gestores do serviço de saúde que identificaram as fragilidades evidenciada nas áreas, no intuito de protagonizar o enfermeiro diante das situações de seu dia a dia na prevenção de danos ao paciente e garantindo segurança ao mesmo. **Objetivos:** Apresentar ao grupo de enfermeiros casos reais da instituição que acarretaram danos ou quase dano ao paciente e refletir sobre o papel do profissional enfermeiro no processo de melhoria continua na segurança do paciente. **Descrição da execução:** A experiência foi realizada em um hospital público estadual da cidade de São Paulo, gerenciado por uma organização social de saúde em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde. A técnica utilizada foi reuniões clínicas de enfermagem mensalmente com situações problemas reais e notificação ao serviço de vigilância de risco e qualidade segurança do paciente. Os encontros ocorrem nos 4 turnos de trabalho, o enfermeiro foi o sujeito alvo para participação dos encontros. Nos encontros foram utilizadas diversas técnicas e didáticas para facilitar a compreensão do conteúdo proposto: painéis, cards, grupo focal, recorte de prontuário, ficha de notificação, vídeos e discussão de artigos. Através das reuniões clínicas dos encontros foi possível obter as seguintes categorias abertas: enfermeiro como sujeito ativo do processo de melhoria continua e segurança do paciente; sensibilização nas práticas do cuidado e gestão de alta hospitalar; prevenção de eventos e formação de multiplicadores assistenciais do cuidado. Os encontros clínicos despertaram nos enfermeiros o raciocínio crítico para minimizar os eventos aos pacientes e garantiu um olhar quanto a qualidade e segurança do cliente hospitalizado. Espera-se com essa experiência que demais integrantes da equipe de enfermagem participem das reuniões no proposito de agregar uma análise crítica da equipe, uma vez que a categoria está diariamente no processo do cuidado seguro do paciente. Através desses encontros o profissional enfermeiro protagonizou cada vez mais a sua importância na segurança do paciente e gestão do cuidado e risco.

**25983 - ENSINO TEÓRICO-PRÁTICO EM SEGURANÇA DO PACIENTE AUTORRELATADO POR DISCENTES DE ENFERMAGEM: ESTUDO TIPO SURVEY**

JESSICA BERNARDES ALMEIDA BORGES DA SILVA DOS REIS - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO/RJ; HOSPITAL CENTRAL DA AERONÁUTICA, RENATA FLAVIA ABREU DA SILVA - ESCOLA DE ENFERMAGEM ALFREDO PINTO; PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO - MESTRADO EM ENFERMAGEM, UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO., VANESSA DE ALMEIDA FERREIRA CORRÊA - ESCOLA DE ENFERMAGEM ALFREDO PINTO; PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO - MESTRADO EM ENFERMAGEM, UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

**Introdução:** Esforços têm sido executados no intuito de mitigar os eventos adversos e qualificar o cuidado em saúde. Uma das estratégias centrais é a inclusão do tema Segurança do Paciente nos currículos dos cursos de formação em saúde. É necessário que a formação do enfermeiro contemple o ensino da Segurança do Paciente, com uma abordagem teórico-prática, permitindo-lhe o desenvolvimento de competências para o exercício da profissão, com atitudes proativas de mitigação dos incidentes em saúde. **Objetivo:** Identificar a abordagem do tema Segurança do Paciente no ensino teórico-prático nos cursos de graduação e especialização autorrelatado por discentes de enfermagem. **Método:** Pesquisa descritiva, transversal, tipo survey, de abordagem quantitativa, parte de Dissertação de Mestrado em Enfermagem e desenvolvida com discentes do último ano da Graduação em Enfermagem e da Especialização em Enfermagem, nos Moldes de Residência, de uma Universidade Pública localizada no Estado do Rio de Janeiro. A coleta de dados foi remota por link enviado por e-mail e aplicativo de mensagens instantâneas, contendo o Instrumento de Coleta de Dados e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As respostas poderiam ser registradas como: sempre; muitas vezes; às vezes; raramente; nunca. Analisou-se os resultados por frequência absoluta e relativa, pelo Microsoft Office Excel®. O estudo possui apreciação ética em pesquisa, com parecer de aprovação 4.127.380. **Resultados:** A amostra foi composta por 69 discentes de enfermagem, sendo 20 (28,99%) do último ano da Graduação e 49 (71,01%) do curso de Especialização. Sobre a abordagem do tema Segurança do Paciente durante a formação, para a maioria dos discentes da graduação, 17 (85%), o tema esteve muitas vezes presente nas aulas teóricas e para 10 (50%) muitas vezes nas aulas práticas. Nenhum dos discentes da graduação considerou o tema raramente ou nunca abordado. Entre os discentes da Especialização, 21 (42,86%) considerou o tema muitas vezes abordado nas aulas teóricas, e 24 (48,98%) considerou que na prática, às vezes o tema é abordado. Para 04 (8,16%) discentes a Segurança do Paciente nunca foi abordada na aula teórica e para 02 (4,08%), nunca abordada na prática. **Conclusão:** Faz-se necessário ampliar o programa curricular vigente no que tange a temática Segurança do Paciente para diminuir a lacuna do aprendizado entre teoria e prática.

**26010 - ESCALAS DE AVALIAÇÃO DE RISCO PARA QUEDAS EM PACIENTES HOSPITALIZADOS: REVISÃO INTEGRATIVA**

MARCELA OLIVEIRA LIMA - UNIVERSIDADE SANTO AMARO, JOÃO HENRIQUE DE MORAIS RIBEIRO - UNIVERSIDADE SANTO AMARO, FÁBIO APARECIDO JESUS DA SILVA - UNIVERSIDADE SANTO AMARO, LUANA PRADO FIGUEREDO - UNIVERSIDADE SANTO AMARO (SÃO PAULO, SP)

**Introdução:** A queda é um dos principais eventos adversos observados em adultos hospitalizados, configurando-se como importante indicador de segurança e qualidade, contudo é passível de prevenção com o uso de escalas preditivas do risco de quedas. **Objetivo:** Identificar escalas preditivas como medida de prevenção do risco de quedas em adultos hospitalizados e os respectivos fatores relacionados. **Método:** Revisão integrativa realizada nas bases de dados LILACS, BDNF, MEDLINE, CUMED e IBICS. O levantamento de dados incluiu publicações em português e espanhol, entre 2009 e 2021, adotando os descritores “escala de queda”, “escala de risco de queda”, “assistência|cuidado de enfermagem”, “enfermeiro”. As informações extraídas foram analisadas por meio de análise descritiva. **Resultados:** Em 25 produções científicas foram descritas 19 escalas preditivas, sendo Morse (40%), Downton (28%), Tinetti, ST.Thomas Risk Assessment Tool (8% cada), Questionário da OMS para estudo de quedas no idoso, Fall Risk Score, Easy-Care Risk of the Falls, Johns Hopkins Fall Risk Assessment Tool, Hendrich Fall Risk Model II, Conley, Hester Davis, Falls Efficacy Scale, Activities - Specific Balance Confidence, Valorização do Risco de Quedas, Fall Risk Screening Tool, Fall Risk Index, Home Falls and Accidents Screening, Home Safety Self-Assessment Tool e Fall Screening and Referral Algorithm (4% cada). Dentre os fatores de risco, classificados em intrínsecos e extrínsecos, verifica-se sexo feminino (59%), idade acima de 60 anos (54%), quedas prévias (59%), Hipertensão, Diabetes Mellitus e Cardiopatias (54%), medicações de uso contínuo (36%), uso de dispositivos terapêuticos (22%), dificuldade de marcha e auxílio para deambular e acuidade visual diminuída (18% cada), alteração do estado mental (13%), piso escorregadio, pós-operatório e alteração auditiva (9% cada), dentre outros (4%). Os contextos mais arriscados foram hospitais (68%), unidades básicas de saúde e domicílios (24%), seguidos pelas instituições de longa permanência para idosos (8%). **Conclusão:** A Escala de Queda de Morse foi a mais utilizada para analisar os riscos de quedas em adultos hospitalizados, sendo os fatores intrínsecos os principais responsáveis pelas ocorrências destes eventos. O uso de escalas na prática clínica do enfermeiro contribui para tomadas de decisão mais assertivas ao gerenciamento dos processos de cuidado.



**26274 - EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS AO ERRO DE COMUNICAÇÃO**

ANDRÉIA GUERRA SIMAN - UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA, LUANA VIEIRA TOLEDO - UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA, EDILAINE COELHO FERREIRA - UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA, DAYANE ANDRADE DE ALMEIDA - UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA, MARILANE DE OLIVEIRA FANI AMARO - UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA, MARIA JOSÉ MENEZES BRITO - UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

**Introdução:** Dentre os erros relacionados à comunicação ineficaz tem-se os erros de diagnóstico, o agravamento do estado de saúde de alguns dos pacientes, a prestação de cuidados inadequados, os problemas de adesão ao tratamento, a ruptura na continuidade dos serviços prestados e as mortes por erros evitáveis. Questiona-se: quais incidentes relacionados à comunicação no âmbito da atenção hospitalar são mais prevalentes? Parte-se do pressuposto que a instituição de saúde promove e incentiva uma comunicação efetiva e notifica a ocorrência de eventos adversos (EA) a fim de reduzir sua ocorrência e melhorar a segurança do paciente. **Objetivo:** Analisar os EA relacionados ao erro de comunicação na assistência em saúde, em três hospitais de ensino. **Método:** Estudo transversal realizado por meio de consulta dos dados de notificações dos EA ocorridos dentre os anos de 2013 e 2020, provenientes de três hospitais. As informações sobre os eventos foram obtidas a partir das fichas de notificação interna, por meio de questionário estruturado. Realizou-se a análise descritiva, com apresentação das frequências absoluta e relativa, a partir do software Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 25.0. Os aspectos éticos foram respeitados, com aprovação do comitê de ética, parecer número 2.957.054. **Resultados:** No período avaliado houve 1154 eventos adversos, dos quais 17 (1,5%) foram erros de comunicação. Os anos de maior notificação desses eventos foram 2015 e 2016, com 5 (29,4%) notificações cada. O setor de maior ocorrência foi a clínica médica, com 9(52,9%) eventos. Em relação à gravidade, a maioria (58,9) foi classificada como leve, no entanto houve um (5,9%) óbito. **Conclusão:** Os EA relacionados a comunicação ineficaz foram pouco prevalentes, entretanto a existência de um óbito relacionado a esse tipo de evento representa um desafio para os avanços em políticas públicas que reduzam os riscos nos serviços de saúde. Mecanismos e estratégias para melhoria da qualidade do cuidado, das práticas de segurança do paciente e gerenciamento dos riscos ainda são incipientes e urgentes.

## 26441 - EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS À COMUNICAÇÃO EM HOSPITAIS: A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

HÍLCIDES FERNANDA F. ALLUCCI

**Introdução:** A comunicação ineficaz constitui uma das principais causas de incidentes em ambientes da saúde, estando associada a maior tempo de internação hospitalar, retardos em tratamentos, readmissões, eventos adversos. Assegurar uma assistência ao paciente livre de danos desafia os serviços de saúde. **Objetivo:** Analisar aspectos da comunicação na prática assistencial hospitalar que podem determinar a ocorrência de eventos adversos. **Metodologia:** Foram avaliados 115 eventos adversos (EA) notificados de março de 2019 a fevereiro de 2020 em 11 hospitais da mesma organização. Foi utilizada abordagem qualitativa, exploratória e descritiva, por meio de análise documental e entrevistas com 15 profissionais de saúde de 5 hospitais. 44 EA evidenciaram problemas de comunicação. **Resultados:** Os resultados mostraram que a disponibilização de recursos que estruturam a troca de informações entre os profissionais, como protocolos e instrumentos de verificação e organização das informações, favorecem a eficácia da comunicação, mas não são suficientes para descartar riscos. A adesão e o uso correto dessas dependem de fatores subjetivos, como conhecimento, formação, sentimentos e crenças. As relações de poder, autoestima e confiança impactam o processo de comunicação e a prestação de cuidados seguros. A comunicação foi considerada um fator contribuinte em quase metade dos relatórios que investigaram as causas-raiz dos eventos adversos graves pesquisados. Os recursos que instrumentalizam os atos comunicativos, como checklists e protocolos facilitam sua sistematização e estruturação, além de privilegiar a interação da equipe, mas não foram suficientes para garantir a segurança do paciente. Em 60% dos eventos adversos relacionados à comunicação, as falhas associadas a esses instrumentos estavam presentes. **Conclusão:** A adesão e o uso correto desses instrumentos são influenciados por aspectos subjetivos como vontade, crenças e valores. A maior fragilidade parece estar associada a processos que dependem da interação entre médicos e enfermeiros, destacando-se a ausência de anotações de médicos e enfermeiros. Os achados apontaram ainda falta de confiança entre os profissionais, questões relacionadas a divergências de conduta, problemas de relacionamento e hierarquia.

## 26299 - EXPERIÊNCIA DO NÚCLEO DE SEGURANÇA NA INCLUSÃO DO TEMA SEGURANÇA DO PACIENTE NA GRADUAÇÃO/PÓS-GRADUAÇÃO

VICTÓRIA TIYOKO MORAES SAKAMOTO - HOSPITAL CRIANÇA CONCEIÇÃO - GHC/RS, BRUNA BIONDANI WORTMANN - HOSPITAL CRIANÇA CONCEIÇÃO - GHC/RS, FERNANDA DE AVILA CARVALHO NEVES - HOSPITAL CRIANÇA CONCEIÇÃO - GHC/RS, PRISCILA COELHO AMARAL - HOSPITAL CRIANÇA CONCEIÇÃO - GHC/RS, STEPHANIE GREINER - HOSPITAL CRIANÇA CONCEIÇÃO - GHC/RS

**Introdução:** A implantação de núcleos de segurança do paciente (NSP) e a inclusão da na graduação e pós-graduação estão descritas, respectivamente, no primeiro e no quinto objetivo específico da Portaria Nacional de Segurança do Paciente<sup>1</sup>. Contudo, evidencia-se a necessidade de sensibilizar profissionais, acadêmicos e pós-graduandos quanto à importância da segurança do paciente no contexto hospitalar. **Objetivo:** Descrever as ações do NSP no sentido de fomentar o tema na instituição entre acadêmicos e pós-graduandos de um hospital geral pediátrico do sul do país. **Descrição da execução:** Com o intuito de oferecer aproveitamento integral do estágio, estruturou-se um plano pedagógico para as acadêmicas de enfermagem e farmácia da gestão de risco assistencial junto ao NSP, a partir das metas internacionais de segurança do paciente. Dentre as atividades, destacam-se: avaliar notificações de alergias e adicionar alerta no prontuário dos pacientes; acessar o banco e discutir a classificação de notificações; capacitar equipes assistenciais; auxiliar na produção de fichas técnicas e coleta de indicadores; e auxiliar na elaboração de procedimentos operacionais padrão envolvendo a segurança do paciente. Outra frente de atuação do NSP foi direcionada à residência médica em pediatria, através de aulas sobre segurança do paciente. Desde 2014, cerca de 80 residentes já receberam treinamento sobre o tema da segurança do paciente. **Análise crítica dos resultados:** Embora ainda seja um desafio abordar a segurança do paciente em alguns cenários acadêmicos, a estratégia de inserir as acadêmicas e os residentes no contexto da segurança do paciente foi fundamental para a promoção e a disseminação da cultura de segurança. O plano de trabalho do estágio permitiu ampliar a compreensão das acadêmicas acerca da temática, agregando valor ao processo de formação. Quanto aos residentes, observou-se uma assistência mais segura e qualificada aos pacientes. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** Os profissionais do NSP devem estar engajados para a promoção da cultura de segurança do paciente direcionada não apenas às equipes assistenciais, mas também aos graduandos e pós-graduandos. Dessa maneira, será possível transformar a realidade do ensino do cuidado e alcançar um cenário de práticas seguras, independentemente do nível de atenção da instituição.

**26263 - FATORES DE RISCO PARA INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO EM CIRURGIA CARDÍACA: VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO CLÍNICO**

CAROLINA SILVA LIQUIERI VAZ - UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, JOÃO VICTOR LIMA DA SILVA - UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, MANUELLA REIS DE ALMEIDA HOLOVATY - UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, PAULA VANESSA PECLAT FLORES - UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, THALITA GOMES DO CARMO - UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE (RIO DE JANEIRO)

**Introdução:** Cirurgias cardíacas podem ser consideradas como recurso terapêutico para doenças cardiovasculares, pois têm como uma função a reparação de danos no sistema cardiovascular. Para esse procedimento deve-se atentar aos fatores de risco que contribuem para o desenvolvimento de complicações, como a infecção do sítio cirúrgico (ISC), pois é um problema associado à cirurgia e mesmo sendo um evento adverso evitável, ainda se observa alta incidência. Diante disso, a criação e validação de uma ferramenta clínica que auxilia na identificação dos fatores de risco associado à ISC, vêm facilitar a tomada de decisão e favorecer a conduta profissional. O processo de validação é amplamente empregado na literatura, sendo baseado na elaboração do instrumento e avaliação por especialistas, de forma que sua aplicabilidade na assistência seja reconhecida. **Objetivo:** Validar o conteúdo do instrumento clínico dos fatores de risco para ISC em pacientes no perioperatório. **Metodologia:** Estudo metodológico, de abordagem quantitativa, desenvolvido entre junho e outubro de 2021, com o foco na validação do instrumento Fatores de Risco para ISC no Perioperatório de Cirurgias Cardíacas. O percurso metodológico foi dividido em três fases: identificação e seleção dos juízes, sendo convidado profissionais pela experiência, seguindo os critérios de Feringh; envio do instrumento para a validação do conteúdo, em que as respostas seguiram o tipo de escala Likert, e análise dos resultados, utilizando o índice de validade de conteúdo, que mede a concordância dos juízes quanto à importância dos itens, em relação ao conteúdo proposto. O estudo foi autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, número de protocolo CAAE: 19469019.8.0000.5243, tratando-se de um projeto maior da pesquisa Risco de ISC no Perioperatório. **Resultados:** A seleção dos juízes deu-se pelo método de indicação bola de neve, sendo enviado o convite para 48 enfermeiros, contudo foi excluído um dos avaliadores por não ter pontuado nota mínima nos critérios estipulados. Foram obtidas 15 avaliações, em que cada constava os parâmetros analisados: objetividade, simplicidade, clareza, pertinência, precisão e exequibilidade. A concordância total dos juízes a respeito do instrumento foi de 0,90, o que indica aprovação para uso. **Conclusão:** O instrumento se mostra apto através da validação realizada embasada pelo julgamento dos juízes.

## 26408 - FATORES RELACIONADOS AO DIAGNÓSTICO TARDIO DA HANSENÍASE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

VITÓRIA FERREIRA DO AMARAL - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, LIDYANE PARENTE ARRUDA - CENTRO UNIVERSITÁRIO INTA (SOBRAL, CE)

**Introdução:** O atraso diagnóstico da hanseníase compõe parte do grupo de indicadores de monitoramento do progresso da eliminação da hanseníase. Alta proporção de casos novos de hanseníase, com grau 2 de incapacidade física instalados no momento do diagnóstico é sugestivo que as ações de detecção precoce e em tempo hábil estão com baixa efetividade. **Objetivo:** Identificar os fatores atrelados ao diagnóstico tardio em pessoas com hanseníase na Atenção Primária à Saúde (APS), sob a ótica da literatura vigente. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, constituído por seis etapas, que seguiu o acrônimo PICO (P-população, I-interesse, Co-contexto) para formulação da questão de pesquisa. As buscas foram realizadas na National Library of Medicine (PubMed)/ Medical Literature Analysis and Retrieval System (Medline); Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); Scientific Electronic Library Online (SciELO-Brasil); Scopus; e Web Science, e incorporou estudos publicados até o ano de 2022. **Resultados:** Dos 80 artigos identificados na busca, 7 artigos foram selecionados, destes artigos, três foram publicados na PLoS Neglected Tropical Diseases; dois estudos foram publicados em 2018; a área de conhecimento mais publicada, englobou a de doenças tropicais negligenciadas. **Conclusão:** Os estudos incluídos nesta revisão, possibilitaram elucidar a partir de evidências científicas, dois grandes grupos de fatores atrelados ao processo do atraso diagnóstico de hanseníase, sendo estes: os fatores operacionais relacionados ao serviço de saúde e os fatores relacionados a população, sendo necessário fortalecer as ações de educação permanente em saúde para os profissionais sobre a hanseníase, como é preciso desenvolver ações de educação em saúde para a comunidade, para que possam atuar em cooperação a ESF, na identificação dos sinais e sintomas de forma precoce.

**26108 - FORMAÇÃO EM SAÚDE NA PÓS-GRADUAÇÃO: RELATO DE UMA DISCIPLINA DO MESTRADO ACADÊMICO**

RENATA FLAVIA ABREU DA SILVA - PPGENF / UNIRIO, BARBARA N. ORNELAS HASSELMANN - PPGENF / UNIRIO, IULIA BICU FERNANDES - PPGENF / UNIRIO, JESSICA BERNARDES ALMEIDA BORGES DA SILVA DOS REIS - PPGENF / UNIRIO, VANESSA DE ALMEIDA FERREIRA CORRÊA - PPGENF / UNIRIO

**Introdução:** O ensino em saúde na pós-graduação no contexto da Segurança do Paciente (SP) tem, entre um de seus desafios, o fato de lidar com profissionais que já se encontram na prática e, não necessariamente, formaram-se dentro deste paradigma. Por isso, potencializar a discussão sobre a identificação de riscos e as práticas seguras para mitigá-los, associando-as ao contexto profissional, é uma oportunidade de sensibilizar os profissionais de saúde no seu cotidiano de trabalho para a mudança de atitudes. **Objetivo:** Descrever a experiência de oferta de uma disciplina com foco na Qualidade do Cuidado e na Segurança do Paciente em um Curso de Pós-Graduação em Enfermagem. **Descrição da execução:** Disciplina optativa com 30h de carga horária; oferecida no segundo semestre de 2021, de forma remota via Google Classroom®, devido à necessidade de distanciamento social causada pela pandemia da COVID-19. Os temas abordados versaram sobre: conceitos fundamentais; cultura de segurança; gestão de risco; incidentes, erros e violações; fator humano; metas de segurança; SP na atenção domiciliar e na atenção primária. Utilizou-se diversas estratégias didáticas, para além do ensino tradicional, tais como: Jogo da Segurança (perguntas sobre conceitos básicos); leitura de textos; aplicação do questionário de cultura de SP e discussão com palestrante aviador; vídeo-aula; episódio da série "Chernobyl", da HBO®; vídeo "Aprendendo com Erros", disponibilizado pelo Proqualis e world café remoto com salas virtuais simultâneas no Google Meet®. As avaliações propostas foram a elaboração de mapa conceitual com foco na SP e seus conceitos e um vídeo para a orientação dos profissionais de saúde quanto às Metas de Segurança do Paciente. Participaram da disciplina 59 enfermeiros, entre mestrandos e alunos especiais. **Análise crítica dos resultados:** Houve participação massiva dos discentes, em todas as atividades, enriquecendo a discussão com suas reflexões e exemplos de seu cotidiano profissional. A avaliação positiva deu-se por sua articulação a diversas estratégias de ensino-aprendizagem. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade no cuidado:** Acredita-se que os discentes participantes da disciplina em apreço tenham desenvolvido competências em SP, as quais contribuirão para práticas mais seguras nos serviços em saúde, para além da discussão sobre as metas de SP.

**26350 - GRUPO DE PESQUISA EM ENFERMAGEM: CONTRIBUIÇÃO PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE E QUALIDADE ASSISTENCIAL**

THAIS DE MORAIS VIEIRA - UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL, FERNANDO ROBERTO MORAES - UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL, PATRICIA DE GAPERI - UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL (RS)

**Introdução:** Uma das formas de qualificar a atuação profissional nos serviços de saúde se dá através da produção científica, a qual é fomentada nos grupos de pesquisa, uma vez que se estimulam atividades como: produção de pesquisas e apresentação de resultados por meio de artigos científicos e eventos científicos, entre outros<sup>(1)</sup>. **Objetivo:** Relatar a experiência dos pesquisadores do Grupo de Ensino e Pesquisa em Segurança do Paciente – GEPESP - da Universidade de Caxias do Sul frente a prática profissional. **Descrição da execução:** Trata-se de um relato de experiência de enfermeiros membros do GEPESP. A amostra constituiu-se por 2 profissionais participantes do grupo sendo estes uma profissional que atua como enfermeira assistencial no centro obstétrico de um hospital escola e um enfermeiro que atua no grupo de cuidados paliativos de um hospital privado. O GEPESP é coordenado por uma doutora em enfermagem, docente do curso de graduação e pós-graduação, é composto por enfermeiros, acadêmicos de diferentes cursos, e por profissionais da área da saúde e da engenharia. Visa oportunizar aos membros o contato com a iniciação científica, pesquisa, construção e publicação de artigos e desenvolvimento de novas tecnologias, com foco na segurança do paciente. **Análise crítica dos resultados:** Participar do GEPESP e estar em constante contato com o meio científico nos possibilita tomadas de decisões que qualificam a prática assistencial, pois as atividades desenvolvidas pelos participantes em um ambiente de multiprofissionalidade proporcionam que o enfermeiro detenha conhecimentos além do que é priorizado pelos currículos das instituições. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade no cuidado:** A participação em grupos de pesquisa é uma atividade extra curricular que proporciona um ambiente de aprendizagem com as diversas áreas do conhecimento. Ainda, instrumentaliza os participantes a utilizarem os recursos científicos de forma crítica para resolução da situação-problema vivenciada, priorizando a centralidade do cuidado no sujeito, na qualidade assistencial e na segurança do paciente.

#### Referência

1. Scochi, C. G. S; et al; Pós-graduação Stricto Sensu em Enfermagem no Brasil: avanços e perspectivas. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2013 Sep [cited 2021 Apr 04] ; 66( spe ): 80-89. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672013000700011&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700011&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000700011>.

**26100 - HIGIENE ORAL NO PACIENTE CRÍTICO: UM PROJETO DE INTERVENÇÃO**

NAZARENO FERREIRA LOPES COUTINHO JÚNIOR - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ, MARIA DO CARMO SANTOS FERREIRA - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ, SAMARA MARTINS DE SOUZA VERÍSSIMO - INSTITUTO DE DOENÇAS TROPICAIS NATAN PORTELLA, SAMYA RAQUEL SOARES DIAS - INSTITUTO DE DOENÇAS TROPICAIS NATAN PORTELLA, SUSANE DE FÁTIMA FERREIRA DE CASTRO - INSTITUTO DE DOENÇAS TROPICAIS NATAN PORTELLA (TERESINA, PI)

**Introdução:** Na ausência de uma rotina de cuidados com a Higiene Oral (HO), ocorre um aumento da microbiota, especialmente na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). A implantação dessas medidas contribui na prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação (PAV). Anualmente ocorrem nos Estados Unidos entre 5 e 10 episódios de PAV por 1.000 admissões, sendo aproximadamente 25% de todas as infecções adquiridas na UTI. Justifica-se pela oportunidade de se contribuir com a implementação de um processo, podendo cooperar com a melhoria do cuidado e instigar avanços em outros cenários. **Objetivo:** Elaborar um plano de intervenção para implementar o processo de HO em uma UTI, visando contribuir com a melhoria da qualidade assistencial. **Descrição da execução:** Projeto de intervenção, relato de experiência, com abordagem qualitativa. O local se constitui em um hospital público, na cidade de Teresina. A experiência ocorreu no período de setembro de 2021 a janeiro de 2022. Participaram enfermeiros e técnicos de enfermagem que atuam na UTI, além das lideranças assistenciais e gerenciais. Linhas de ação: revisão de literatura; brainstorming; identificação dos pontos fortes; reconhecimento das fragilidades; elaboração do plano de ação utilizando a ferramenta 5W3H. **Análise crítica dos resultados:** Foi realizado brainstorming com as lideranças, onde foram lançadas duas perguntas: “Como a instituição está organizada para garantir o processo de HO?”; “Qual a dificuldade na aplicação do processo de HO?”. Posteriormente, foi realizado brainstorming com a equipe de enfermagem, onde foi lançado um questionamento: “Qual a dificuldade na aplicação do processo de HO?”. Foram elencadas as principais demandas, sendo essas referentes a política, recursos humanos e a processo. Assim, foi elaborado um plano de intervenção, para nortear as atividades de implementação. Limitou a elaboração do plano, a ausência no brainstorming de lideranças, incluindo as da enfermagem. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** Pôde-se apresentar um plano capaz de atingir as demandas, incluindo ações dinâmicas e de baixo custo. Destaca-se o envolvimento de todos os atores que participam do processo, nesse percurso de melhoria, assistência e administrativo, os quais precisam dialogar entre si e compreender sua necessidade de sinergia, para que a qualidade de fato se materialize e alcance os pacientes.



**26114 - IDENTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS A MEDICAMENTOS, ATRAVÉS DE FERRAMENTA DE BUSCA POR RASTREADORES**

LETICIA MARA PISETTA - HOSPITAL SANTA ISABEL (SALVADOR, BA)

**Introdução:** Os eventos adversos a medicamentos (EAM) podem causar danos e até óbito. Estudos indicam que a ferramenta Global Trigger Tool, Institute for Healthcare Improvement (GTT/IHI), possui alta sensibilidade e especificidade para a detecção de EAM. **Objetivo:** Estimar a frequência de EAM através do uso de triggers, em um hospital de alta complexidade. **Método:** Estudo transversal e retrospectivo, através da análise de 120 prontuários de pacientes em alta hospitalar, idade superior a 18 anos e tempo de permanência superior a 24 horas, de outubro de 2020 a abril de 2021. A lista de triggers do módulo de Medicamentos foi adaptada para uso. Duas revisoras primárias analisaram os prontuários randomizados quinzenalmente e os EAM identificados foram validados por médico. Foi realizada classificação conforme o dano. Foi determinada concordância entre revisoras primárias por Kappa. Para avaliação das variáveis preditoras para EAM foi realizado regressão logística multivariada, pelo método stepwise backward. **Resultados:** Foram identificados 43 EAM, 35,8% por 100 admissões (43/120). 5 EAM (11,6%) foram responsáveis pela admissão hospitalar. Houve 42,2 EAM por 1.000 paciente/dia. A manifestação clínica “alteração da função renal” (16,3%) e fármacos do sistema nervoso (32,6%) foram os mais frequentes. O modelo de regressão logística foi significativo ( $X^2=44,960$ ,  $p<0,001$ ), indicando que alergia a medicamento (OD 5,728; IC 95% 1,249 – 26,274,  $p = 0,025$ ), internação clínica (OD 7,504; IC 95% 1,654 – 34,037;  $p = 0,009$ ), quantidade de medicamentos utilizados (OD 1,100; IC 95% 1,054 – 1,148;  $p<0,001$ ), e estar assistido por especialidade clínica médica (OD 3,633; IC 95% 1,257 - 10,511;  $p = 0,017$ ), são variáveis preditoras associadas à ocorrência de EAM. **Conclusões:** Observou-se proporção maior de pacientes com EAM, quando comparado a outros estudos. O GTT foi efetivo para conhecimento de EAM. A adaptação dos triggers deve ser realizada conforme características clínico-epidemiológicas da população. A concordância moderada entre revisoras pode ser explicada pela inexperiência na aplicação da ferramenta. As variáveis preditoras podem ser utilizadas para orientar estratégias de prevenção de EAM. A aplicação da ferramenta contribuiu para um diagnóstico local dos riscos relacionados a utilização de medicamentos.

## 26047 - IDENTIFICAÇÃO DE MEDIDAS PARA PREVENIR LESÕES POR PRESSÃO EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAIS

CECÍLIA OLÍVIA PARAGUAI DE OLIVEIRA SARAIVA - UFRN, DANIELE DE SOUZA ALVES CAVALCANTI - UFRN, MARIANA RAMALHO DE CASTRO MACEDO - UFRN, MONISE DE MELO BISPO - UFRN, NATÁLIA GENTIL LINHARES - UFRN, VIVIANE EUZÉBIA PEREIRA SANTOS – UFRN (NATAL/RN)

**Introdução:** As lesões por pressão em neonatos são eventos adversos evitáveis que acometem 80% dos pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva Neonatais, comprometem a segurança e a qualidade da assistência, elevam o tempo de internação, os custos e o sofrimento familiar. Assim, torna-se essencial a implantação de medidas de prevenção que torne o cuidado efetivo e seguro.

**Objetivo:** Identificar as medidas para prevenir as lesões por pressão em neonatos de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. **Método:** Estudo transversal, quantitativo, realizado em Natal/RN, em janeiro de 2019. A população correspondeu a três hospitais com Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (Hospital 1 privado; Hospital 2 público/estadual; Hospital 3 público/federal) e como amostra os profissionais e o processo de trabalho dessas unidades. A coleta de dados analisou a presença ou ausência das variáveis: protocolo de prevenção de lesão de pele; rodízio para uso do sensor de oxímetro de pulso; rodízio para uso de sensor térmico; mudança de decúbito a cada duas horas em neonatos clinicamente estáveis; protocolo de prevenção de lesão de septo nasal; padronização para troca das fixações sem danos; e notificação e análise de lesões por pressão. Os dados foram analisados pela estatística descritiva, foi verificado o percentual de conformidades dos itens. Pesquisa aprovada pelo comitê de ética em pesquisa 64879717.4.0000.5537. **Resultados:** A taxa geral de conformidade para os itens foi de 57,1% nos Hospitais 2 e 3, e 42,8% para o Hospital 1. O item de maior conformidade na avaliação foi o “rodízio para uso do sensor de oxímetro de pulso”, no qual os três hospitais realizam. Os itens de menor conformidade foram “rodízio para uso de sensor térmico”, “mudança de decúbito a cada duas horas”, “protocolo de prevenção de lesão de septo nasal” e “notificação e análise de lesões por pressão”. **Conclusão:** O percentual geral de conformidade nas avaliações identificou fragilidades e fortalezas nos serviços avaliados. Alinhar as recomendações da literatura com a prática assistencial ainda é um desafio em alguns serviços, o que reforça a necessidade de intervenções de melhoria para prevenir lesões por pressão, com avaliação e feedback que gere aprendizagem e fortaleça a cultura de segurança.

**26311 - IMPACTO DA CONCILIAÇÃO DE MEDICAMENTOS SOBRE DESFECHOS CLÍNICOS, HUMANÍSTICOS E ECONÔMICOS EM PACIENTES NÃO HOSPITALIZADOS**

LAYSE MARIA SOARES DE OLIVEIRA - UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS, GIULYANE TARGINO AIRES MORENO - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE, SHEILA FEITOSA RAMOS - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE, SABRINA JOANY FELIZARDO NEVES - UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS, MARIA DAS GRACAS LEOPARDI GONCALVES - UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS, ALFREDO DIAS DE OLIVEIRA FILHO - UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS

**Introdução:** A conciliação de medicamentos (CM) corresponde ao processo formal de obtenção de uma lista completa dos medicamentos em uso por um paciente, podendo ser aplicada durante a transição de cuidados. Por meio dela, torna-se possível evitar erros de medicação, através da identificação e consequente resolução de potenciais problemas e discrepâncias na farmacoterapia, promovendo assim a segurança do paciente. Entretanto, o impacto dessa intervenção sobre desfechos em saúde em pacientes não hospitalizados ainda é pouco conhecido. **Objetivo:** Avaliar a influência da CM sobre desfechos clínicos, econômicos e humanísticos em pacientes adultos não hospitalizados. **Método:** Foi realizada uma revisão sistemática de estudos que verificaram a associação entre a intervenção proposta e alguns desfechos clínicos, econômicos ou humanísticos publicados até julho de 2021, identificados a partir de busca nas bases de dados Cochrane Library, Embase, LILACS, Pubmed/Medline, Scopus, CINAHL e Web of Science. A estratégia de pesquisa envolveu as palavras com os termos MESH: Medication Reconciliation, Ambulatory care, Ambulatory care facilities, Primary Health Care, Community Pharmacy Services e não MESH: Mortality, Morbidity, Drug Costs, Quality of life e Quality-adjusted life years. Esta revisão foi registrada no banco de dados PROSPERO (International Prospective Register of Systematic Reviews), sob número de registro: CRD42021260544. **Resultados:** Foram identificados 6908 artigos, dos quais 28 estudos foram selecionados para leitura de texto completo. Ao final do processo de seleção, 13 estudos foram incluídos nesta revisão, sendo 8 estudos de coorte e 5 estudos quase-experimentais. Considerando os artigos de coorte de maior qualidade metodológica e que em sua maioria observaram associação CM x desfecho, as evidências indicam um possível benefício da aplicação da CM sobre as taxas de readmissão e visitas às unidades de urgência/emergência. A associação da CM com redução da readmissão hospitalar também foi observada em estudos quase-experimentais, que por sua vez também apresentou influência sobre o tempo de internamento. Encontrou-se um número limitado de estudos considerando desfecho econômico, entretanto há uma evidência inicial de que a CM realizada em pacientes não hospitalizados traga benefícios como a redução de custos. Nenhum dos artigos incluídos considerou desfechos humanísticos. **Conclusão:** Até o momento, a literatura científica indica que a CM pode afetar determinados desfechos em saúde em pacientes não hospitalizados como readmissões hospitalares e visitas a unidade de urgência/emergência. Diante do limitado número de estudos e do uso de determinados desfechos, especialmente aqueles relacionados aos componentes econômicos e humanísticos – observa-se a necessidade de investigar o real impacto da CM em estudos adicionais.

## 26421 - IMPLANTAÇÃO DE NÚCLEOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM HOSPITAIS DO RIO GRANDE DO NORTE

MARIA EDUARDA ARAÚJO DA SILVA LIMA - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, ANDRESSA CRISTINA GOMES DA SILVA - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, MARIANA RAMALHO DE CASTRO MACEDO - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, DANIELLE DE SOUZA ALVES CAVALCANTI - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, YASMIM BRENA MOREIRA DE LIMA - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, CECÍLIA OLÍVIA PARAGUAI DE OLIVEIRA SARAIVA - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

**Introdução:** Os Núcleos de Segurança do Paciente são instâncias dos serviços de saúde que tem a finalidade de promover e apoiar ações voltadas à segurança do paciente, com destaque para a implantação de práticas seguras e a análise efetiva dos indicadores que colaboram para a melhoria contínua dos processos de cuidado e a integração das ações de gestão de risco. No entanto, os serviços encontram diversas barreiras para essa implantação. **Objetivo:** Avaliar a implantação dos núcleos de segurança do paciente das instituições públicas de saúde do Rio Grande do Norte. **Métodos:** Estudo descritivo, realizado em oito Núcleos de Segurança do Paciente de hospitais do Rio Grande do Norte, no período de junho a julho de 2022. Foi construído um formulário de autoavaliação quanto aos requisitos de implantação dos Núcleo de Segurança do Paciente baseados na RDC nº 36/2013 e no caderno 6 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Os dados foram analisados de forma descritiva. **Resultados:** Diante da análise do dimensionamento profissional, verificou-se que duas unidades possuem apenas três profissionais destinados aos núcleos e as demais apresentam quatro ou mais participantes vinculados. Apesar disso, aqueles núcleos que têm uma quantidade maior de membros referem menor participação dos colaboradores nas atividades programadas. O gerenciamento de riscos é realizado por seis núcleos e três não desenvolvem ações que permitam a integração e a articulação multiprofissional. Quanto à identificação e avaliação das não conformidades em processos e procedimentos, apenas um núcleo de segurança do paciente relata não desempenhar. As principais dificuldades mencionadas pelos núcleos são concernentes à escassez de profissionais que atuem ativamente na segurança do paciente, a fragilidade na cultura de segurança, o envolvimento ineficaz da alta gestão e a realização de práticas inadequadas considerando as metas internacionais de segurança do paciente. **Conclusão:** A avaliação evidenciou lacunas no funcionamento dos núcleos ao relatar o baixo quantitativo profissional frente às necessidades do setor, bem como ausência do gerenciamento de risco em alguns serviços. Sendo assim, é perceptível que ainda há avanços necessários para efetivar a implantação dos núcleos, o que requer engajamento dos profissionais e da gestão, para a construção e/ou fortalecimento de uma cultura de segurança.

## 26452 - IMPLANTAÇÃO DE UM BUNDLE DE PREVENÇÃO DE INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

MARIA ALINE GOMES DE OLIVEIRA - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, JOÃO DE DEUS ARAÚJO FILHO - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, SANCHA HELENA DE LIMA VALE - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, ANA ELZA OLIVEIRA DE MENDONÇA - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

**Introdução:** As Infecções do Sítio Cirúrgico (ISC) são as complicações mais comuns decorrentes do ato cirúrgico, que ocorrem no pós-operatório. Está dentre as principais infecções relacionadas à saúde (IRAS) correspondendo de 14 a 16% no Brasil. O surgimento de ISC representa um desafio ao apresentar uma alta taxa de morbidade e mortalidade, além de adicionar significativamente os custos médico-hospitalares com repercussão negativa na prática assistencial, sendo considerado um evento adverso evitável que ameaça à segurança do paciente. Os esforços para reduzir a taxa de ISC em cirurgias cardíacas incluem tratar os fatores de risco antes do procedimento cirúrgico e adotar práticas preventivas. **Objetivo:** Melhorar o nível de qualidade assistencial prestada aos pacientes submetidos a cirurgia cardíaca do Hospital Rio Grande (HRG) localizado na cidade de Natal-RN. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência do processo de implantação do bundle de prevenção de ISC no período de junho de 2022. **Descrição da execução:** Para organização do cronograma de ações foi utilizado o diagrama de Gantt onde as atividades foram agrupadas em linhas estratégicas e classificadas em subgrupos. Na construção do bundle foi elencado as intervenções, baseadas em evidência, a serem aplicadas nos períodos pré, intra e pós-operatório do paciente submetido a cirurgia cardíaca. As recomendações foram ilustradas utilizando estratégia didática com as medidas de prevenção de ISC como: Realização de higiene corporal e oral com solução de clorexidina, remoção de pelos com tricotomizador elétrico num intervalo menor de duas horas do início da cirurgia, degermação do campo cirúrgico com clorexidina alcóolica seguida da aquosa, antibioticoprofilaxia até uma hora antes da incisão cirúrgica, controle glicêmico no pós-operatório imediato e manutenção do curativo impermeável estéril até 48 horas pós-procedimento cirúrgico. Após validação do conteúdo foi apresentado o bundle a equipe assistencial da unidade de internação do HRG para aplicação prática. **Análise crítica dos resultados:** A vivência proporcionou uma melhoria no nível de qualidade uma vez que sistematizou o cuidado evidenciado após análise dos resultados comparativos de duas avaliações do antes e depois da implantação subsidiando assim uma prática comprometida com a prevenção de infecção do sítio cirúrgico e segurança do paciente.

## 26247 - IMPLANTAÇÃO DO INTERNATO OPTATIVO MULTI: IMPACTO E IMPORTÂNCIA NA QUALIDADE ASSISTENCIAL

CAMILA RINCO ALVES MAIA - FUNDAÇÃO HOSPITALAR SÃO FRANCISCO DE ASSIS, IGOR DOMINICK MICHALICK - FUNDAÇÃO HOSPITALAR SÃO FRANCISCO DE ASSIS, MARCELL ROCHA PEIXOTO TEMPONI - FUNDAÇÃO HOSPITALAR SÃO FRANCISCO DE ASSIS, MARIA FERNANDA MARTINS - FUNDAÇÃO HOSPITALAR SÃO FRANCISCO DE ASSIS, GABRIELA DE MIRANDA MACHADO - FUNDAÇÃO HOSPITALAR SÃO FRANCISCO DE ASSIS, DENISE SILVA - FUNDAÇÃO HOSPITALAR SÃO FRANCISCO DE ASSIS (BELO HORIZONTE/MG)

**Introdução:** As Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação, promulgadas pelo Ministério da Educação, dispõem em suas resoluções específicas dos cursos pertencentes à área da saúde, que além dos conteúdos teóricos e práticos desenvolvidos ao longo da formação do aluno, as instituições de ensino devem incluir nos projetos pedagógicos, os estágios curriculares de formação em serviço.<sup>1,2</sup> Ao analisar essas Diretrizes, detectam-se que de uma forma geral, esses estágios e internatos acadêmicos devem ser desenvolvidos em hospitais, ambulatórios, rede básica e serviço de urgência e emergência.<sup>2,3,4,5</sup> Assim, entende-se que estes campos possibilitam uma imersão e experiência prática, positiva, em ambientes qualificados para o aprendizado assistencial/clínico. Entretanto, em um mercado cada vez mais concorrido, adquirir habilidades ligadas à gestão, inovação e conhecimentos sobre pesquisas, tornam-se cada vez mais difícil, mas essenciais para o progresso e experiências profissionais, em diagnósticos, propostas e conduta em tratamentos e novas formas de gestão da saúde. Como ganhos, acredita-se no melhor preparo profissional para o mercado de trabalho, melhora na qualidade assistencial e segurança do paciente e maior interação e entendimento dos processos e fluxos. **Objetivo:** Compartilhar a experiência e o desafio, em um serviço de saúde 100% SUS, na construção e implementação de um Internato Optativo Multi, em Governança Clínica, Administração Hospitalar, Inovação e Pesquisa, mediante solicitação de uma instituição de ensino superior. **Descrição da execução:** Período de realização: janeiro à julho/2022; Local: Belo Horizonte/Minas Gerais; Participantes envolvidos: Diretoria Clínica da Unidade, equipe da Gerência de Governança Corporativa, Inovação, Pesquisa e Ensino e, equipe da Gerência de Governança Clínica. Técnicas adotadas: Revisões de literaturas relacionadas às temáticas do internato. Consultas às Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso relacionados à área da saúde. Elaboração do Plano de Ensino e apresentação a instituição de ensino. Elaboração do Cronograma de Atividades do Internato. Admissão dos internos. **Análise crítica dos resultados:** Implementado no primeiro semestre de 2022, este internato tem uma carga horária total de 300 horas e é oferecido aos estudantes de cursos de nível superior na área da saúde e afins. Possuindo como coordenadores, o diretor clínico da unidade (graduado em medicina), a gerência de governança corporativa, inovação, pesquisa e ensino (graduada em medicina) e a gerência de governança clínica (graduado em medicina), este internato possibilita aos estudantes, a vivência em ambientes considerados importantes para a aprendizagem, a complementação da formação na área da saúde, explicitada a relevância em relação ao que é esperado na atuação de um profissional da área da saúde. Um dos internos que passaram por este internato apresentou no primeiro trimestre do ano, como trabalho de conclusão do internato, um paper relatando sua experiência acadêmica nestes internatos. Um dos desafios é o interesse ainda pequeno pelos acadêmicos, considerando que se trata de um internato que apresenta temáticas inovadoras quando comparado aos outros já existentes na grade curricular. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade no cuidado:** Este internato possibilita a vivência e participação do aluno nas ferramentas de gestão utilizadas em uma instituição de saúde, ampliando a experiência para além dos processos assistenciais. O conhecimento desses processos, proporciona o desenvolvimento das competências e habilidades que os auxiliarão nas tomadas de decisões futuras quando profissionais,

criando mecanismos inovadores oportunizando a reflexão e construção de medidas que visam prevenir e reduzir a ocorrência de incidentes nos serviços de saúde.

#### Referências

1. Brasil. Lei no 11.788, de 25 de setembro de 2008. Dispõe sobre o estágio de estudantes. Diário Oficial da União. 2008 Set 26;(187 seção 1):3-4.
2. Diretrizes Curriculares – Cursos de Graduação. Ministério da Educação [Internet]. Brasília [cited 2022 Jul 08]. Available from: <http://portal.mec.gov.br/escola-de-gestores-da-educacao-basica/323-secretarias-112877938/orgaos-vinculados-82187207/12991-diretrizes-curriculares-cursos-de-graduacao>
3. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES no 3/2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Available from: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>
4. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES no 3/2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Available from: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category\\_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192)
5. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES no 5/2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Nutrição. Available from: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES05.pdf>

Existência de financiamentos: Financiamento próprio da instituição.

Os autores declaram não haver qualquer conflito de interesse, em potencial, neste trabalho.

## 26256 - IMPLANTANDO BOAS PRÁTICAS PARA REDUÇÃO DE PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA

ANA LÚCIA DA SILVA - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS - HOSPITAL DAS CLÍNICAS, ANDREA DEVIDIS NASCIMENTO - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS - HOSPITAL DAS CLÍNICAS, JULIANA FURLAN RAVAGNANI - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS - HOSPITAL DAS CLÍNICAS, LIGIA ROCETO RATTI - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS - HOSPITAL DAS CLÍNICAS, LUCIANA APARECIDA COSTA CARVALHO - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS - HOSPITAL DAS CLÍNICAS, ROBERTA AOKI - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS - HOSPITAL DAS CLÍNICAS (CAMPINAS/SP)

**Introdução:** A pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV) é uma importante infecção relacionada à assistência à saúde (IRAS) que acarreta aumento da mortalidade, dias de permanência na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e aumento dos custos hospitalares relacionados à sua ocorrência. **Objetivos:** Capacitar a equipe multidisciplinar de uma unidade de terapia intensiva adulto do interior do estado de São Paulo sobre as medidas de prevenção de PAV; elucidar conceitos e estratégias de cada especialidade, rever processos de trabalho que impactam diretamente na prevenção de PAV; instituir o bundle de prevenção de PAV; promover a redução da incidência de PAV na UTI adulto a partir do treinamento e das práticas baseadas em evidências. **Método:** A Estratégia utilizada foi a aprendizagem baseada em problemas, no período de 23 a 26 de maio de 2022 e teve público-alvo os enfermeiros, fisioterapeutas, médicos, técnicos de enfermagem, que atuam nas UTIs. Foram elaborados e enviados questionários via google forms (pré teste) com perguntas sobre conhecimentos gerais à prevenção de PAV, montado cenário com dinâmica de perguntas e respostas sim ou não, breve aula expositiva sobre o bundle de prevenção a PAV e desenvolvido e enviado formulário (pós teste). **Resultados:** Participação de 233 profissionais, sendo 39,2% técnicos de enfermagem, 21,1% enfermeiros, 20,6% fisioterapeutas, 10% residentes, 2,4 estagiários de enfermagem, 1,95 médicos, e 2,95 outros. Identificado que 41,9% relataram ter conhecimento sobre o tema, porém sem treinamento adequado para executá-lo; 40,3% referiram que a equipe multidisciplinar não aplica as medidas de prevenção diariamente e 96,8% manifestaram que a responsabilidade de prevenção a PAV é da equipe multidisciplinar. A barreira encontrada foi a dificuldade de os profissionais saírem dos seus postos de trabalho para a atividade. **Conclusão:** A metodologia utilizada teve impacto positivo nos profissionais participantes, tornando o objetivo alcançado, evidenciado nas respostas do formulário pós teste, com relatos de aprendizagem sobre o tema. Com a intenção de melhoria do cuidado e segurança do paciente na UTI, a adoção de estratégias de prevenção, colocando o paciente no centro das atenções e envolvimento da equipe multidisciplinar se torna imprescindível.



**26418 - INCAPACIDADE FÍSICA GRAU DOIS DE HANSENÍASE: SOBRAL, CEARÁ**

VITÓRIA FERREIRA DO AMARAL - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, DARLIANE KELLY BARROSO DE SOUSA - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, LUIZA JOCYMARA LIMA FREIRE DIAS - UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ, MARIA SOCORRO CARNEIRO LINHARES - UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ, LIDYANE PARENTE ARRUDA - CENTRO UNIVERSITÁRIO INTA (CEARÁ)

**Introdução:** A hanseníase é uma doença infectocontagiosa, crônica, causada pelo bacilo *Mycobacterium leprae*, que tem potencial de causar lesões permanentes e desfigurantes, a exemplo das incapacidades físicas grau dois, quando não realizado o diagnóstico em tempo hábil e efetivado o tratamento precoce, de modo essencial pela equipe da Atenção Primária à Saúde. O Brasil é o segundo país em âmbito mundial com a maior carga da doença, conforme os relatórios da Organização Mundial de Saúde, e tendo registrado em 2020, a notificação de 17.979 casos novos de hanseníase, destes, 8,3% (1.504) dos casos novos apresentaram incapacidade física grau dois no momento do diagnóstico. As distribuições dos casos de hanseníase no Brasil estão concentradas em alguns territórios, como o município de Sobral, que apresenta histórico de elevada endemicidade para a doença. **Objetivo:** Analisar uma série histórica de 2010 a 2020 de detecção de casos novos de hanseníase no município de Sobral, com enfoque nos casos novos notificados com incapacidade física grau dois. **Metodologia:** Trata-se de um estudo epidemiológico, ecológico de uma série histórica de detecção de casos novos de hanseníase no município de Sobral, Ceará, referente ao período de 2010 a 2020. Os dados analisados são secundários do Nacional de Agravos de Notificação. Foram calculadas as taxas de detecção de hanseníase, e a proporção de casos novos de hanseníase com incapacidade física grau dois no momento do diagnóstico. **Resultados:** Em análise a uma série histórica deste município, referente ao período de 2010 a 2020, constatou-se uma taxa de detecção de 46,3% (1.026) caso de hanseníase notificados, parâmetro indicativo de hiperendemicidade da doença. Neste mesmo período, evidenciou-se a partir dos casos novos notificados, uma taxa alta proporção de 25,8% (100) casos de hanseníase com incapacidade física grau dois. **Conclusão:** O número de casos novos de hanseníase com incapacidade física grau dois no momento do diagnóstico, é um indicador de avaliação da efetividade das atividades de detecção precoce de casos novos, antes da instalação de sequelas ou incapacidade. Por isso, os casos novos de hanseníase com incapacidade física grau dois no momento do diagnóstico no momento do diagnóstico, é indicativo de detecção tardia e representa uma falha na garantia da segurança do paciente, conforme evidenciado no município de Sobral.

## 26153 - INCIDÊNCIA DE INFECÇÃO PRIMÁRIA DE CORRENTE SANGUÍNEA NA PANDEMIA POR COVID-19: O QUE MUDOU?

DANIELLE DE MENDONÇA HENRIQUE - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, CINTIA SILVA FASSARELLA - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, FLÁVIA GIRON CAMERINI - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, LUANA FERREIRA DE ALMEIDA - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, CATARINA DUPRET VASSALLO DE ABREU - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, MYLLENA SANTOS NASCIMENTO - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

**Introdução:** As infecções relacionadas ao cateter estão atreladas ao aumento da morbimortalidade de pacientes críticos em uso de dispositivos intravasculares e dos custos hospitalares, medidas de prevenção e controle são recomendadas e adotadas para a sua redução. As mudanças causadas pela COVID-19 na rotina hospitalar influenciaram o desempenho de indicadores de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS). **Objetivo:** Analisar os indicadores a densidade de incidência da Infecção Primária de Corrente Sanguínea associada a cateter no período pré-pandemia e pandemia por COVID-19. **Método:** Estudo de caráter descritivo, documental, com abordagem quantitativa dos dados, realizado em uma unidade de terapia intensiva de um hospital geral no município do Rio de Janeiro. A coleta de dados ocorreu nos meses de julho e agosto de 2021, a partir do banco de dados comissão de controle de infecção hospitalar (CCIH) da instituição em que o estudo foi realizado. A amostra foi por conveniência, foram analisados os indicadores de infecção primária de corrente sanguínea entre janeiro de 2019 a dezembro de 2020, todos os indicadores nesse período foram analisados, não havendo cálculo amostral e/ou critérios de inclusão e exclusão. Os dados foram organizados e tabulados em uma planilha eletrônica (Microsoft Excel®) e analisados descritivamente. **Resultados:** Os resultados dos indicadores de vigilância epidemiológica de IPCSL do ano de 2019 e 2018 descrevem uma mediana de 5,3 casos/ 1000 dias de cateter venoso central e que há uma heterogeneidade em relação a tendência do indicador, ainda que nos primeiros meses de 2020 o indicador tenha diminuído, não foi possível estabelecer melhoria em comparação do período pré-pandemia e pandemia. **Discussão:** A infecção primária de corrente sanguínea é um problema tanto nos países desenvolvidos quanto nos em desenvolvimento, o que torna ainda mais evidente a necessidade do monitoramento de indicadores para direcionamento de modelos de melhoria assistencial. **Conclusão:** Este estudo ratificou a importância da vigilância epidemiológica e monitoramento dos indicadores de infecção especialmente no período da pandemia por COVID-19 por serem ferramentas direcionadoras para elaboração e implementação de estratégias de melhoria para qualidade e segurança do paciente.

## 26326 - INCIDÊNCIA DE QUEDAS EM UNIDADE DE INTERNAÇÃO CIRÚRGICA ORTOPÉDICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA BASEADO EM INDICADORES

ALEXANDRA NOGUEIRA MELLO LOPES – HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, CIBELE DUARTE PARULLA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, NATHÁLIA DUARTE BARD - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, JANAÍNA DA SILVA FLOR - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, CÉLIA GUZINSKI - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, NATHALIA ZINN DE SOUZA – HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (RS)

**Introdução:** Quedas em hospitais são considerados eventos adversos, podendo resultar em danos permanentes graves, prolongando o tempo de internação ou até mesmo causando a morte. A prevenção das quedas é realizada a partir da identificação do risco, através da aplicação de escalas preditoras (SAK ou Morse) e da implementação de medidas preventivas. A frequente ocorrência de quedas em hospitais indica que é necessário conhecermos a incidência desses eventos, bem como o perfil de pacientes acometidos. Na unidade em estudo são 45 leitos cirúrgicos sendo 21 exclusivamente para atendimento de cirurgias ortopédicas. Pacientes internados por problemas ortopédicos apresentam maior risco de queda, pela dificuldade de marcha, uso de muletas, andadores e pós operatório recente. As quedas são notificadas pelo enfermeiro no sistema informatizado do hospital. **Objetivos:** Relatar a incidência de quedas em pacientes internados por cirurgias ortopédicas, bem como comparar com indicadores das demais unidades do hospital de março de 2021 a março de 2022. **Análise crítica dos resultados:** A meta institucional para quedas é <1,5 por 1000 pacientes/dia. No ano de 2021 a incidência de quedas na unidade foi 1,23, um bom resultado em comparação com os dados institucionais 1,57. Até o momento em 2022 mantemos resultados positivos com incidência de 1,27, enquanto os dados institucionais estão acima da meta 1,79. Apenas 2 pacientes internados para cirurgias ortopédicas apresentaram queda, ambos sem danos permanentes ou óbito. Em alguns meses houve aumento do número de quedas e medidas educativas foram realizadas. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade no cuidado:** Os indicadores da unidade são recebidos mensalmente. Nos meses em que existe aumento na incidência das quedas, todas as medidas já implementadas para prevenção são revisadas. A escala SAK é aplicada para os pacientes a cada 3 dias ou quando existe alteração no estado de saúde. Os pacientes que pontuam como risco de quedas alto são identificados com pulseira amarela, a cama fica na posição mais baixa, as grades elevadas e a campanha de chamada da enfermagem ao alcance do paciente. Além disso, é permitido que permaneça um acompanhante para auxiliar nos cuidados e saída do leito. Todos recebem orientações quanto as medidas necessárias para prevenção das quedas na admissão e ao longo da internação.

**26172 - INTEGRAÇÃO EDUCACIONAL COMO ESTRATÉGIA DE TREINAMENTO PARA NOVOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM**

SWYANNE LEITÃO NOBRE - HOSPITAL DE MESSEJANA DR. CARLOS ALBERTO STUDART GOMES, THAÍS MOREIRA DE SENA - HOSPITAL DE MESSEJANA DR. CARLOS ALBERTO STUDART GOMES, ANDRESSA CORIOLANO EVARISTO PINHEIRO - HOSPITAL DE MESSEJANA DR. CARLOS ALBERTO STUDART GOMES, KARLEANDRO PEREIRA DO NASCIMENTO - HOSPITAL DE MESSEJANA DR. CARLOS ALBERTO STUDART GOMES, SILVANIA BRAGA RIBEIRO - HOSPITAL DE MESSEJANA DR. CARLOS ALBERTO STUDART GOMES, JULIANE NEGREIROS BESSA CAMPELO - HOSPITAL DE MESSEJANA DR. CARLOS ALBERTO STUDART GOMES (FORTALEZA/CE)

**Introdução:** Compreende-se a integração ensino-serviço como a realização de um trabalho educacional entre os profissionais gestores e os recém admitidos na unidade de saúde, a fim de atingir a qualidade da formação e da assistência. Esse momento se caracteriza como estratégia para aperfeiçoamento do conhecimento, visando melhorias na adoção de boas práticas para segurança do paciente. **Objetivo:** Relatar a experiência da Integração Educacional no treinamento de novos profissionais em uma unidade pediátrica de um hospital terciário em Fortaleza, Ceará. **Descrição da execução:** A Integração Educacional ocorre como uma etapa obrigatória no processo de seleção de novos profissionais de enfermagem. A estratégia é conduzida pela enfermeira educacional exclusiva da unidade de pediatria. Atende a um cronograma teórico-prático, específico do serviço, com duração média de dois dias. Dentre os temas pertinentes a assistência de enfermagem, os principais são: exame físico, sinais vitais, manuseio com cateteres venosos, cateterismo gástrico, alimentação por sonda, banho no leito, reanimação cardiopulmonar, eletrocardiograma e importância do carrinho de parada. Além disso, contempla-se o cuidado multiprofissional com macrotemas, sobre setor da qualidade e segurança do paciente, farmácia, controle de infecção hospitalar, fonoaudiologia, nutrição, saúde bucal e saúde do trabalhador. Utiliza-se como metodologia aulas expositivas e a simulação realística. **Análise crítica dos resultados:** Esse tipo de estratégia, em aperfeiçoamento contínuo, foi adotado para o fortalecimento da qualidade da assistência prestada, de forma a direcionar o profissional a desenvolver habilidades específicas. Após essa etapa, observa-se uma mudança na postura do profissional, o qual manifesta mais segurança diante da ciência dos protocolos e rotinas institucionais. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade no cuidado:** Conclui-se que esse tipo de método tem relevante contribuição para a admissão de profissionais mais preparados e envolvidos com o serviço.

**26336 - INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS REALIZADAS EM UM INSTITUTO NACIONAL MATERNO-INFANTIL NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**

GRAÇA - IFF/FIOCRUZ, SILVA - IFF/FIOCRUZ, PEREIRA - IFF/FIOCRUZ, BRAGANÇA - IFF/FIOCRUZ, SANTOS - IFF/FIOCRUZ, MARINS - IFF/FIOCRUZ

**Introdução:** A população pediátrica é tida como mais suscetível a problemas relacionados a medicamentos. Isto decorre da escassez de estudos clínicos pediátricos, da falta de medicamentos adequados disponíveis para essa população, da necessidade de cálculo de doses conforme idade, peso (mg/kg) e área de superfície corporal (mg/m<sup>2</sup>), e da condição clínica do paciente. As atividades desenvolvidas por farmacêuticos clínicos têm como finalidade garantir ao paciente uma farmacoterapia adequada, com resultados terapêuticos definidos, com vistas a diminuição de problemas relacionados a medicamentos. **Objetivos:** Analisar as intervenções farmacêuticas realizadas em um instituto nacional pediátrico no estado do Rio de Janeiro. **Método:** No período de maio a junho de 2022 realizou-se intervenções farmacêuticas no serviço de acompanhamento farmacoterapêutico em nove unidades de pacientes internados, em um instituto de referência de ensino e pesquisa materno-infantil, localizado no estado do Rio de Janeiro. As intervenções ocorreram por meio de contato telefônico, formulário institucional ou pessoalmente. Em seguida, foi feito o registro da aceitabilidade e a classificação da intervenção realizada de acordo com o problema relacionado ao medicamento. **Resultados:** Realizou-se no total 42 intervenções farmacêuticas. Identificou-se que a intervenção mais frequente estava associada a necessidade de inclusão de medicamento 28,57%, seguida de intervenções relacionadas a apresentação do medicamento 26,19% e intervenções relacionadas a efetividade devido a necessidade de aumento de dose em casos de prescrições com subdose 16,67%. **Conclusão:** Residentes de farmácia, sob preceptoria de farmacêuticos clínicos e de farmacêuticos hospitalares, realizando avaliação farmacêutica da prescrição médica, assim como, intervenções farmacêuticas em serviços de saúde, são uma importante estratégia para a promoção, proteção e recuperação da saúde, e para diminuição de problemas relacionados a medicamentos, o que conseqüentemente melhora a qualidade do cuidado e a segurança do paciente.

**26178 - MANUAL DE ORIENTAÇÕES MEDICAMENTOS INJETÁVEIS COMO FERRAMENTA DE EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL PARA SEGURANÇA DO PACIENTE**

STEPHANIE GREINER - GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, LISIANE NICHELE PEREIRA - GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, PAULA NETTO - GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO (PORTO ALEGRE/RS)

**Introdução:** O Terceiro Desafio Global da Organização Mundial da Saúde pela Segurança do Paciente – Medicação Segura e sem Dano prevê educação interprofissional entre profissionais da saúde, a fim de mitigar eventos adversos. O perfil pediátrico possui particularidades, que implica na necessidade de um guia atualizado que compile as orientações de uso de medicamentos de forma padronizada. **Objetivo:** Descrever o processo de atualização do Manual de Medicamentos Injetáveis e a implicação de sua utilização na pediatria em âmbito hospitalar. **Descrição da execução:** Estudo descritivo do tipo relato de experiência realizado em uma instituição de referência pediátrica 100% SUS. A atualização do Manual foi realizada a partir da revisão de literatura pediátrica especializada e discussão ativa com reuniões periódicas de profissionais da instituição, farmacêuticas do Serviço de Farmácia e Gestão de Risco Assistencial, e enfermeira do Núcleo de Educação Continuada. **Análise crítica dos resultados:** Foram implementadas nesta versão: a sinalização da via de administração preferencial, a possibilidade de administração pela via hipodermóclise, sinalização dos medicamentos de alta vigilância, termolábeis, e de alto custo. A implementação da versão atualizada do Manual ocorreu por meio de capacitações in loco na instituição, conduzidas pela Gestão de Risco Assistencial, de forma a informar as modificações realizadas, revisando conhecimentos importantes, como cálculos de diluição, e incentivando a discussão para melhorias no processo de administração de medicamentos. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** A versão atualizada do Manual contempla informações quanto a reconstituição, tipo de diluente, tempo de infusão, concentração, condições de armazenamento e estabilidade dos medicamentos injetáveis. Sendo, portanto, ferramenta essencial para um cuidado qualificado e mais seguro para o paciente, convergindo com o preconizado pela terceira meta de segurança internacional do paciente, a qual prevê melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos.

**26144 - METODOLOGIA ATIVA EM HIGIENE DAS MÃOS COM ALUNOS DO PRIMEIRO ANO DE GRADUAÇÃO DE MEDICINA**

GRAZIELE S BARBOSA - FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO (FCMSCSP), LAURA V NEGRÃO - FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO (FCMSCSP), VICTORIA C B P CURADO - FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO (FCMSCSP), SYLVIA DE ALMEIDA - FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO (FCMSCSP), POLLYANA O. LIRA - FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO (FCMSCSP), MARIANA M C CARVALHO - FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO (FCMSCSP) (SP)

**Introdução:** As discussões acerca da segurança do paciente têm sido amplamente abordadas no ambiente de saúde, com o advento da pandemia a temática estabeleceu-se como ponto crucial na educação profissional. No Brasil, o principal marco regulatório é a portaria 529 de 1/4/13, do Ministério da Saúde, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente, tendo como um dos objetivos inserir a temática na graduação em saúde, bem como operacionalizar a cultura de segurança. Destacamos a prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS). Estudos relatam que a higienização das mãos está abaixo do esperado o que favorece o aumento das IRAS.

**Objetivo:** Descrever a experiência na inserção de metodologia ativa para higiene das mãos com alunos de primeiro ano de graduação em medicina. **Descrição da execução:** A higiene das mãos foi abordada na disciplina “Práticas do cuidado, comunicação e segurança do paciente”, utilizando diferentes metodologias ativas, distribuídas em duas fases: I: aula expositiva dialogada, seguida de TBL (team-based learning) com resolução de um quiz interativo em pequenos grupos (5 alunos) contendo marcos históricos e boas práticas relacionadas à higiene das mãos, após foi realizada discussão das respostas no grande grupo (40-50 alunos); II: Nesta etapa os alunos foram divididos em pequenos grupos, cada um com instrutor de ensino dedicado. Os alunos realizaram simulação prática de higiene das mãos com água e sabão com supervisão e discussão dos pontos críticos do procedimento. Posteriormente, a técnica de higiene das mãos foi realizada com álcool gel acrescido de solução fluorescente para visualização em caixa de luz negra. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade no cuidado:** A caixa de luz negra como apoio didático permite identificar as fragilidades observando a ausência na impregnação da solução fluorescente nas áreas onde a higienização das mãos foi inadequada, corroborando com os apontamentos teórico-práticos, fazendo do aluno protagonista do processo de ensino-aprendizagem identificando oportunidades de melhoria desenvolvendo pensamento crítico-reflexivo.

## 26241 - METODOLOGIAS ATIVAS MEDIANTE DISCUSSÃO SOBRE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS COM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

VICTOR HUGO MARTINS SANTOS - ENFERMEIRO, RESIDENTE NO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE DO ADULTO E DO IDOSO COM ÊNFASE EM ATENÇÃO CARDIOVASCULAR, UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO (UFMT)/CUIABÁ/MT, CAMILA MARIA CENZI – ENFERMEIRA, DOUTORA EM CIÊNCIAS, DOCENTE DA FACULDADE DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO, FLÁVIA LÚCIA VENÂNCIA MINEO - ENFERMEIRA DO SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÕES RELACIONADO À ASSISTÊNCIA À SAÚDE SCIRAS, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO MÜLLER, LUCIANNIA SANTANA ARRUDA - ENFERMEIRA DO SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÕES RELACIONADO À ASSISTÊNCIA À SAÚDE SCIRAS, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO MÜLLER., PAULA SOSSAI RIZZO - MÉDICA INFECTOLOGISTA DO SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÕES RELACIONADO À ASSISTÊNCIA À SAÚDE SCIRAS, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO MÜLLER (MT)

**Introdução:** As metodologias ativas são ferramentas inovadoras consideradas alternativas para o processo de ensino-aprendizagem, visto que, a educação vai além de ministrar conteúdo, envolve os métodos de ensino. Essas metodologias possibilitam o indivíduo se inserir no centro da discussão, sendo ele o responsável pela construção do seu conhecimento, facilitando a articulação entre a teoria e a prática profissional, favorecendo o trabalho em equipe e desenvolvimento de visão crítica da realidade. **Objetivo:** Relatar experiência do uso de metodologias ativas com equipe multidisciplinar de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI NEO) sobre higienização das mãos para prevenção de infecção de corrente sanguínea (ICS) associada a cateteres venosos. **Descrição da execução:** Pesquisa descritiva do tipo relato de experiência, que foi construída a partir da vivência no uso da metodologia ativa por meio de discussão com equipe multiprofissional de uma UTI NEO em um hospital universitário em Cuiabá-MT. A discussão foi baseada em um problema específico encontrado na unidade, o aumento significativo de infecções de corrente sanguínea nos pacientes internados na UTI NEO. Foi proposto uma roda de conversa, que ocorreu durante o mês de junho de 2022, no decorrer de três dias, nos períodos matutino, vespertino e noturno, em horários estratégicos a fim de que todos os profissionais pudessem participar das discussões sem que interferissem no serviço. A ação foi desenvolvida na unidade e participaram 44 profissionais, sendo 07 enfermeiros/estagiários de enfermagem, 29 técnicos de enfermagem, 05 médicos/residentes da medicina e 03 fisioterapeutas. Para a ação foram utilizados slides, vídeos e simultaneamente discussões com os profissionais. **Análise crítica dos resultados:** O objetivo da ação foi atualização do conhecimento teórico da equipe multiprofissional da UTI NEO acerca da demanda encontrada, como supracitado. Como potencialidades da ação ressalta-se que os profissionais participantes da roda de conversa se mostraram abertos à proposta, relataram como utilizam os materiais disponíveis na unidade e destacaram sugestões para a equipe do Serviço de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (SCIRAS) que acreditam poder contribuir na redução do elevado índice de ICS na unidade, verificado no último trimestre. As dificuldades foram a participação de vários assistentes médicos e residentes da medicina, que sempre que convidados ou questionados se gostariam de contribuir ou sanar dúvidas preferiram não participar. Outra dificuldade foi em relação ao local, já que a ação ocorreu na unidade e mesmo ocorrendo no melhor horário do período, o profissional acabava se ausentando em pequenos momentos, o que implicava no debate. No mais, a ação e o uso dessa metodologia foi bem aceita pelos profissionais, possibilitando discussão de forma clara, colocando os profissionais como protagonistas da construção e atualização do seu conhecimento a respeito da temática, possibilitando conseqüentemente, aprimoramento da sua prática clínica e qualidade no serviço, visando segurança do paciente, por meio da higienização das mãos para prevenção de infecções, como



destaca as metas internacionais de segurança do paciente. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** A ação possibilitou ao profissional espaço para discussão do assunto abordado, fazendo atualização do assunto teórico, o que implicará na sua prática clínica, conseqüentemente, possibilitando a equipe a oferta de cuidados seguros, pautados na teoria e visando a segurança do paciente e qualidade no serviço de saúde. A avaliação da eficácia dessa ação será realizada através de indicadores de infecções nos meses posteriores.

Existência de financiamento: Não foi necessário financiamento para desenvolvimento da ação e do trabalho.

**26282 - NEAR MISS MATERNO NO BRASIL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

RENATO LOPES SANTOS, GABRIELLE OLIVEIRA MEDEIROS DE MENDONÇA, CLÁUDIA RODRIGUES MAFRA, LEANDRO XAVIER DE SOUSA SILVA

**Introdução:** No final do século XX, o movimento pela segurança do paciente começou a evidenciar o quanto esta temática era essencial para que ocorressem menos mortes e incidentes em saúde. Em relação à assistência obstétrica, a Organização Mundial da Saúde (OMS) afirma que 130 milhões de nascimentos ocorrem por ano, e que destes, cerca de 303 mil mulheres morrem no parto ou no período puerperal (STREFLING et al, 2018). Estudos apontam que a hemorragia pós-parto e os distúrbios hipertensivos estão entre as principais causas de morbimortalidade materna. A hemorragia pós-parto ocorre em aproximadamente 10% de todos os partos que acontecem, e é a principal causa de mortalidade deste grupo populacional a nível mundial. Por sua vez, a síndrome hipertensiva materna é responsável por 50 mil mortes por ano e é a principal causa de morte materna na América Latina (PINHEIRO et al, 2020; HANSON et al, 2017). No Brasil a hipertensão e a hemorragia também são as duas principais causas de morte materna, todavia destacam-se também a infecção puerperal e as complicações do aborto. Vale ressaltar que os determinantes sociais, situação de violência, início precoce de vida sexual, alimentação pobre em nutrientes, gravidez não desejada e falta de acesso a uma assistência perinatal efetiva colaboram para altos índices de mortalidade materna no Brasil e no mundo (BRASIL, 2014). Neste contexto, para estratégias de redução da morte materna é importante analisar as causas relacionadas a esses casos. Contudo, a análises apenas dos óbitos não é a mais indicada, devido à má qualidade das informações sobre óbitos maternos (ANDRADE et al., 2020). A partir do exposto, a OMS orienta acompanhar os casos em que condições potencialmente ameaçadoras à vida ou aquelas que quase morreram, mas sobreviveram a uma complicação na gestação, parto e até 42 dias de pós-parto, condição denominada de near miss materno (ANDRADE et al., 2020). **Objetivo:** Identificar as publicações sobre near miss materno realizadas no Brasil. **Método:** Trata-se uma revisão integrativa da literatura, a seleção dos artigos ocorreu entre os meses de janeiro e fevereiro de 2022, as buscas foram realizadas nas plataformas de bancos de dados: Biblioteca Virtual em Saúde, PubMed e Scientific Electronic Library Online. Utilizou-se o termo near miss materno. Incluíram-se artigos originais, disponíveis na íntegra, publicados nos anos de 2017 a 2022, nos idiomas Inglês e Português; e que contemplassem a análise near miss materno no Brasil. Excluíram-se artigos em dissonância com o tema estudado e que não apresentaram o texto na íntegra. **Resultados:** Um total de 5 artigos foram encontrados, um trabalho avaliou os critérios para classificação de near miss materno (MONTE et al., 2018), um avaliou o desfecho do near miss materno e a relação com os eventos adversos perinatais (PINHEIRO et al., 2020), um avaliou o efeito do tratamento em Unidade de Terapia Intensiva para near miss materno (SOARES et al., 2020), um relato de caso sobre implementação de near miss materno em hospital escola (LONGHI; PETERLINI, 2019) e um avaliou os principais casos de near miss materno em um hospital escola (ANDRADE et al., 2020). **Conclusão:** Observou-se uma quantidade pouco expressiva de estudos relacionado ao tema estudado. Ressalta-se a relevância dessa temática, associada a segurança do paciente e a necessidade de mais pesquisas sobre o perfil dos eventos de *near miss* materno no Brasil.

#### Referências

ANDRADE, Magna Santos et al. Morbidade materna grave em hospitais públicos de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, [S.L.], v. 36, n. 7, p. 1-15, fev. 2020. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: . Acesso em: 02 mar. 2022.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Serviços de atenção materna e neonatal: segurança e qualidade. Brasília, 2014.

HANSON, Claudia et. al. Avaliando os efeitos do treinamento “Ajudando mães a sobreviver a hemorragia pós-nascimento” na Tanzânia e Uganda: protocolo de estudo para um ensaio-controle randomizado. *Jornal BioMed Central*, v. 18, n. 307, 2017. Disponível em: . Acesso em: 08 de junho de 2022.

LONGHI, Silvana Aparecida Turatto; PETERLINI, Olga Laura Giraldi. Comissão interna de near miss materno em um hospital da Rede Mãe Paranaense no sudoeste do Paraná. *Revista de Saúde Pública do Paraná*, [S.L.], v. 2, p. 21-30, 17 jul. 2019. *Revista de Saude Publica do Parana*. <http://dx.doi.org/10.32811/25954482-2019v2supl1p21>. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.32811/25954482-2019v2supl1p21>. Acesso em: 1 fev. 2022.

MONTE, Alana Santos et al. Comparison between near miss criteria in a maternal intensive care unit. *Revista da Escola de Enfermagem da Usp*, [S.L.], v. 52, p. 1-12, 29 nov. 2018. *FapUNIFESP (SciELO)*. <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2017038703404>. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2017038703404>. Acesso em: 2 fev. 2022.

STREFLING, Ivanete da Silva Santiago et. al. Segurança do paciente no contexto da maternidade: revisão integrativa. *Rev. Enfermagem Atual*, v. 86, 2018. Disponível em:. Acesso em: 08 de junho de 2022.

PINHEIRO, Daisy de Lucena Feitosa Lins et. al. Resultados gestacionais em pacientes com morbidade materna grave causada por síndromes hipertensivas. *Rev Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 42, n. 2, p. 74-80, 2020. Disponível em: . Acesso em: 08 de junho de 2022.

SOARES, Fabiano M. et al. Use of Intensive Care Unit in Women with Severe Maternal Morbidity and Maternal Death: results from a national multicenter study. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia / Rbgo Gynecology And Obstetrics*, [S.L.], v. 42, n. 03, p. 124-132, mar. 2020. Georg Thieme Verlag KG. <http://dx.doi.org/10.1055/s-0040-1708095>. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0040-1708095>. Acesso em: 01 jan. 2022.

**26317 - NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE: ANÁLISE RETROSPECTIVA 2019-2021**

JOSIANE SANTOS COSTA - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, MARIA DE LOURDES O. MOURA - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, ISABELLE CALDAS AMORIM RIBEIRO - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, LEONOR MARIA DA SILVA GOMES - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO

**Introdução:** Um sistema nacional de notificação e aprendizagem a partir de incidentes de segurança é considerado uma importante estratégia para a melhoria da qualidade do cuidado e segurança do paciente. A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) nº 36/2013 estabelece que o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) deve notificar mensalmente eventos adversos (EA) por meio do Sistema Notivisa 2.0 disponibilizado pela Anvisa. O monitoramento e a investigação de 100% dos never events e óbitos relacionados a incidentes de segurança do paciente são considerados prioritários para o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

**Objetivo:** Analisar as notificações de EA relacionados à assistência à saúde efetuadas no Sistema Notivisa 2.0 por serviços de saúde do Estado do Rio de Janeiro (RJ). **Método:** Análise descritiva das notificações de EA efetuadas por serviços de saúde do Estado do RJ de 2019 a 2021. **Resultados:** No período houve aumento de 24% dos serviços de saúde notificantes, de 82 em 2019 para 134 em 2021. Evidenciou-se o aumento gradativo do quantitativo de notificações no período, com total de 15.285 notificações, sendo 3725 (24,4%) efetuadas no ano de 2019, 3677 em 2020 (23,9%) e 8030 (51,6%) em 2021. Quanto à regularidade de 10 a 12 meses de notificações pelos serviços de saúde houve um discreto aumento, de 25 serviços em 2019, 35 em 2020 e 49 em 2021, ainda pouco representativo do total de serviços de saúde com NSP cadastrados e, em especial, dos serviços de saúde com leitos de terapia intensiva. Quanto ao grau de dano, 84,5% dos eventos notificados no período causaram danos leve ou nenhum dano aos pacientes. Óbitos e never events correspondem a 0,8% e 1,6% das notificações efetuadas no período, respectivamente. Os principais EA que resultaram em óbito foram falhas na assistência à saúde, seguido de falhas durante o procedimento cirúrgico. **Discussão:** O estudo indica que é reduzido o número de serviços de saúde do ERJ que notificam EA e a subnotificação de eventos adversos, em especial, de óbitos e never events. **Conclusão:** O monitoramento de never events e óbitos contribui para o fortalecimento da cultura de segurança do paciente, melhoria da qualidade do cuidado e planejamento de ações de vigilância sanitária.

Descritores: Segurança do Paciente; Avaliação da Assistência à Saúde; Qualidade da Assistência à Saúde.

## 26210 - NOTIFICAÇÃO DOS INCIDENTES RELACIONADOS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL NO ANO DE 2021

SAMYRA MARA COELHO CAXITO - UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UNB, JULYS DA FONSECA PALMEIRA - UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UNB, JOSÉ AUGUSTINHO MENDES SANTOS - UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UNB, CÁSSIO MAIA PESSANHA - UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UNB, MARIANA NUNES DO AMARAL BRAZ - UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UNB, HELAINE CARNEIRO CAPUCHO - UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UNB; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA

**Introdução:** A assistência prestada à saúde pode gerar alguns tipos de incidentes que podem, ou não, levar a um dano ao paciente. Além disso, através da notificação desses incidentes é possível mensurar a qualidade da assistência prestada. Esse é um assunto de interesse mundial, pois tais incidentes podem resultar em dano irreparável ao paciente, família e sociedade. **Objetivo:** Descrever o perfil de incidentes relacionados a assistência à saúde notificados no Distrito Federal no ano de 2021. **Método:** Estudo descritivo-quantitativo, baseado nos relatórios sobre incidentes/eventos adversos relacionados à saúde emitidos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), no período de janeiro a dezembro de 2021. Os dados foram coletados no mês de junho de 2022 e os elementos analisados foram: número de incidente notificados por semestre, tipo de incidentes mais notificados, grau de dano segundo o tipo de incidente, grau de dano causado ao paciente, idade do paciente acometido pelo incidente e local de ocorrência. Após o levantamento dos dados, os mesmos foram tabulados em planilha do Microsoft Excel e analisados por meio da estatística descritiva. **Resultados:** Em 2021, no Distrito Federal, foram notificados 24.306 incidentes, sendo o segundo semestre o período com maior número de notificações, totalizando 55%, e o mês de agosto com o maior número de notificações (10%). Os 3 principais tipos de incidentes mais notificados foram: falhas durante a assistência à saúde (32,74%), úlcera por pressão (18,02%) e falha envolvendo cateter venoso (12,06%). Em relação ao grau dos danos causados ao paciente, 42,22% foram considerados como nenhum, seguido de dano leve (41,98%), moderado (13,77%), grave (1,68%) e óbito (0,35%). Quanto à idade dos pacientes acometidos, 15,70% tinham entre 66-75 anos seguido de pacientes com idade entre 56-65 anos (15,08%). **Conclusão:** Os idosos fazem parte do grupo mais afetado pelas falhas na assistência à saúde no ambiente hospitalar do Distrito Federal. Destaca-se, ainda, que houve a notificação de 84 óbitos decorrentes de eventos adversos em diferentes faixas etárias. O presente estudo sugere a necessidade de melhorar a classificação das falhas no processo do cuidado com vistas à elaboração de planos de educação profissional e de prevenção de danos com reavaliação dos atuais métodos empregados.

## 26190 - NOTIFICAÇÕES DE INCIDENTES NA PROMOÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

GISELLE KARINE MUNIZ DE MELO - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO – HU/UNIVASF, MARGARIDA MARIA PAIVA MATOS DE SOUSA - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO – HU/UNIVASF, LAIANY NAYARA BARROS GONCALVES - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO – HU/UNIVASF (PE)

**Introdução:** A notificação dos incidentes relacionados à assistência à saúde é um dos principais indicadores utilizados para avaliar a qualidade da assistência prestada. A ideia de que é preciso aprender com as falhas é um desafio nas instituições de saúde fortalecendo a cultura de segurança do paciente em prol da qualidade assistencial. **Objetivo:** Relatar a experiência de uma prática do Setor de Gestão da Qualidade (STGQ) sobre o reconhecimento dos colaboradores que alcançaram destaque no ranking dos notificadores do Sistema de Vigilância em Saúde e Gestão de Riscos Assistenciais Hospitalares – Vigihosp, em um Hospital Universitário em Petrolina/PE durante o primeiro semestre de 2022. **Descrição da execução:** Promoveu-se a atividade intitulada “Eu notifico”, com um aumento em 61,4% das notificações dos incidentes não infecciosos relacionados à assistência à saúde no Vigihosp, em comparação ao primeiro semestre de 2021. Mensalmente, o STGQ reconhece o colaborador que ficou em primeiro lugar no ranking dos notificadores do mês, e o mesmo tem a oportunidade de descrever para os colaboradores da instituição via informativo interno (através do e-mail institucional) a importância do reconhecimento dos erros e incidentes, a fim de prevenir ou mitigar situações de risco e vulnerabilidade. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade no cuidado:** Diante dessa experiência, as notificações de incidentes foram percebidas como uma ferramenta que possui um efeito positivo sobre a segurança do paciente, reconhecendo as circunstâncias de risco, os incidentes com dano e sem danos, provocando mudanças nos processos institucionais e conhecimento dos profissionais de saúde, contribuindo para a maturidade da cultura de segurança na instituição.

## 26123 - NOVE CERTOS DA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS: PANORAMA DE USO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

PÉTALA TUANI CANDIDO DE OLIVEIRA SALVADOR - ESCOLA DE SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, LUANA SILVA PEREIRA SÁTIRO - ESCOLA DE SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, MARIA AMÁLIA LIMA SILVA - ESCOLA DE SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, CLÁUDIA CRISTIANE FILGUEIRA MARTINS RODRIGUES - ESCOLA DE SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, KISNA YASMIN ANDRADE ALVES - ESCOLA DE SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, PATRÍCIA MEDEIROS DA SILVA OLIVEIRA - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES (RN)

**Introdução:** O desafio global “Medicamentos sem Danos” está direcionado para uma das principais fragilidades dos sistemas de saúde: os incidentes de segurança relacionados à medicação. Dentre as fases relacionadas a tal desafio, destaca-se a administração de medicamentos, em que os “9 certos” são utilizados enquanto barreiras para se garantir uma administração segura dos medicamentos. **Objetivo:** Identificar o uso dos 9 certos da administração de medicamentos pelos profissionais de enfermagem de um hospital universitário do Nordeste do Brasil. **Método:** Estudo descritivo, quantitativo, realizado no âmbito dos setores de internação de um hospital universitário do Nordeste do Brasil. A coleta de dados ocorreu de maio a junho de 2022, durante 10 dias, a partir da observação do preparo e administração de medicamentos e preenchimento de checklist de avaliação do uso dos 9 certos. A análise de dados aconteceu por estatística descritiva simples. A pesquisa seguiu os preceitos éticos (Parecer n. 4.880.648). **Resultados:** Foram realizadas 281 observações, com predominância de análises no turno da manhã (172; 61,2%) e de medicamentos pelas vias endovenosa e via oral (104; 37,0%, cada via). Quanto à identificação do seguimento dos 9 certos, identificou-se a maior conferência dos elementos: forma farmacêutica certa (98,9%); via certa (95,0%); hora certa (93,2%); paciente certo (91,5%); dose certa (87,5%); orientação certa (81,9%); e medicamento certo (81,1%). Quanto ao paciente certo, a principal problemática foi quanto à conferência do nome do paciente antes de administrar o medicamento (não realizado em 15,7% das observações), o que pode estar relacionado ao fato de a coleta ter sido realizada em setores em que os pacientes ficam por maior tempo internados e, portanto, os profissionais referem já conhecerem os mesmos. Todavia, ressalta-se a importância da correta identificação a cada procedimento para que danos evitáveis não aconteçam. Os certos menos conferidos pelos profissionais foram registro certo (74,7%) e resposta certa (49,3%). **Conclusão:** Foi possível identificar oportunidades de melhoria para a garantia da administração de medicamentos livre de danos, com especial atenção para a observação da resposta certa e do registro certo. Destaca-se que os 9 certos não garantem que os incidentes de administração não ocorrerão, mas segui-los pode prevenir significativamente parte desses eventos, melhorando a segurança e a qualidade da assistência.

## 26021 - NÚCLEOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO: POTENCIALIDADES E DESAFIOS

GABRIEL QUINELATO - UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO, SHAIANE COSLOP - UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO, JULIANA DA FÔNSECA BEZERRA - UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO, FLÁVIA BATISTA PORTUGAL - UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

**Introdução:** A segurança do paciente é um dos recursos básicos dedicados à assistência à saúde. Em 2013, foi fundado o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), o qual foi capaz de amparar a qualidade da assistência à saúde a partir práticas articuladas nas diversas ocupações do governo federal, estadual e municipal. Ainda nesse ano, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) realizou uma publicação da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36, a qual expõe detalhadamente as condutas necessárias para otimizar a segurança do paciente nos serviços de saúde e estabelece a criação dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSPs). Os NSPs, por sua vez, são incumbidos de elaborar atividades direcionadas à segurança do paciente nas instituições de saúde. **Objetivo:** Entender as potencialidades e os desafios do trabalho dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) de hospitais públicos na percepção dos profissionais. **Método:** Trata-se de um estudo exploratório, descritivo com abordagem qualitativa, realizado em 2020 com profissionais atuantes em NSP de hospitais públicos do Espírito Santo. A coleta de dados foi feita por meio de entrevistas individuais, as quais foram transcritas. Utilizou-se a análise temática. Participaram oito profissionais, dos quais quatro atuavam exclusivamente no núcleo. **Resultados:** Emergiram três categorias: "ações realizadas pelos NSPs", "facilitadores para as ações no núcleo" e "dificultadores para o trabalho dos núcleos". **Conclusão:** Embora as propostas iniciais serem interessantes, foi observado um distanciamento das ações executadas e do proposto na legislação. A escassez de materiais, a estrutura física prejudicada, qualidade dos materiais também se encontravam em estado impróprio para o uso, recursos humanos deficientes e a alta rotatividade são vistos como dificultadores, em contrapartida, o apoio da alta gestão e participação em cursos sobre a temática são fatores que contribuem para a execução das atividades. Os hospitais pesquisados apresentam desafios a serem superados, emergindo a necessidade do fortalecimento da cultura de segurança para melhor atuação nos núcleos.



**26160 - O DESAFIO DO GERENCIAMENTO DE QUEDA NA ATENÇÃO DOMICILIAR**

VITÓRIA FERNANDES FRANCELINO - HOME DOCTOR, FABIANA CAMOLESI JACOBBER - HOME DOCTOR, HELOISA AMARAL GASPAR - HOME DOCTOR, CLAUDIO FLAUZINO DE OLIVEIRA - HOME DOCTOR, KATIA VANESSA CANTARINI - HOME DOCTOR, KEYLA VANIA RODRIGUEZ VERA - HOME DOCTOR (SÃO PAULO/SP)

**Introdução:** A Atenção Domiciliar apresentou crescimento nas últimas décadas, com mudança na estrutura etária da população e aumento de pacientes em condições clínicas complexas e para reabilitação. Neste contexto, queda é um dos eventos mais relevantes e de maior morbimortalidade associada. **Objetivo:** Identificar a densidade de queda, classificação por tipo, gravidade, fatores contribuintes e descrever as boas práticas implantadas. **Método:** Estudo retrospectivo observacional realizado em empresa privada de Atenção Domiciliar, com dados de 2021 obtidos por relato em canais oficiais de notificação e por mecanismo de busca ativa. As variáveis são apresentadas como frequência absolutas e relativas (%). **Resultados:** Ocorreram 120 episódios de queda, sendo a taxa de 0,34% na população estudada. Em 11 casos houve recorrência, sendo que 9 pacientes apresentaram 2 quedas e 2 apresentaram 3 quedas. Do total, 57% ocorreram em pacientes do sexo feminino, analisando a modalidade de atendimento observamos que 68% ocorreram em pacientes no programa Assistência Domiciliar e 32% em Internação Domiciliar (com plantão de enfermagem). Foram classificados com gravidade leve 62%, moderado 29%, grave 8% e sem dano 2%. Os mecanismos de queda mais frequentes foram: 63% da própria altura, 16% de cadeiras/vaso sanitário, 12% da cama e 3% de poltrona/sofá. Necessitaram de hospitalização 12,5%, destes 2,5% com abordagem cirúrgica. Maiores fatores contribuintes identificados: 35% falta de adesão aos protocolos institucionais por membro envolvido no cuidado, incluindo o paciente, 13% instabilidade clínica (síncope e convulsão), 12% procedimento executado de forma inadequada e 8% fator do ambiente. Como boas práticas foram realizados a revisão da escala de risco com estratificação da pontuação, revisão da tabela de medicamentos com potencial risco para queda, alerta de segurança para prevenção de queda, criação da cartilha do ambiente seguro, treinamentos presencial e virtual sobre prevenção de queda. **Conclusão:** Identificamos que os fatores extrínsecos são os contribuintes mais prevalentes o que demonstra maior possibilidade de gerenciamento com medidas de treinamento da equipe, família e ajustes do ambiente. O compromisso de manter o atendimento domiciliar com alta complexidade faz com que a cultura de segurança seja um pilar estratégico da instituição e com isso medidas de prevenção de queda muito relevantes.

**26154 - O USO DE METODOLOGIAS ATIVAS ABORDANDO A SEGURANÇA DO PACIENTE NO CURSO TECNICO EM ENFERMAGEM**

ALINE CRISTINA ANDRADE FURINI - SENAC/RP, INGRID RENY RIBALDO - SENAC/RP, CAMILA DANIELA AMORIM DE SOUZA - SENAC/RP, MARIA EULALIA LESSA DO VALLE DALLORA - HOSPITAL DAS CLINICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO (SP)

**Introdução:** A temática da segurança do paciente deve ser abordada em todos os ambientes e com todos os profissionais envolvidos no cuidado direto ou indireto, desde formação do profissional à atuação. A Organização Mundial da Saúde reconhece que ao trabalhar este tema é possível minimizar e prevenir danos ao paciente. Os profissionais de enfermagem compõem 80% dos profissionais de saúde no Brasil e desses em sua grande maioria são técnicos em enfermagem. O tema segurança do paciente deve estar incluso nos cursos de formação, para garantir uma aprendizagem significativa é importante priorizar estratégias participativas, baseadas em situações reais de trabalho. As metodologias ativas constituem uma estratégia privilegiada para desenvolvimento de competências. Acreditando que a formação adequada de técnicos em enfermagem impacta diretamente na segurança do paciente, objetivou-se a construção de uma situação de aprendizagem envolvendo metodologias ativas, com leitura de textos, elaboração de painel de informações para o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades, atitudes e valores relacionados à segurança do paciente. **Objetivo:** Contribuir para o desenvolvimento de competências profissionais por meio de metodologias de ensino-aprendizagem funcionais, acessíveis e que contemplem o uso de recursos tecnológicos. **Descrição da execução:** A atividade foi realizada em abril de 2022, para alunos do curso de técnico em enfermagem de uma escola técnica no município de Ribeirão Preto/SP. Para conhecimento prévio foi orientado a leitura de textos sobre o tema, em seguida proposto que em duplas construíssem um painel de informações importantes com reflexões sobre as 6 metas internacionais de segurança do paciente, numa ferramenta que permite a criação de quadros virtuais, conhecida como Padlet e depois de construir seu conhecimento deveriam compartilhar em exposição dialogada seus quadros, disponível em: <https://padlet.com/dudaglc/yhnav481i4fo3n55>. **Análise crítica dos resultados:** Ao propiciar que o aluno entre em contato com diversas realidades ele pode analisar as práticas adotadas e sugerir melhorias para o processo e a construção de novos conhecimentos. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** A educação e conhecimento são chaves para a transformação de realidades.

Não houve financiamentos, nem conflito de interesses.

**26289 - O USO DE RECURSOS TECNOLÓGICOS GRATUITOS PARA ELABORAÇÃO DA INTRANET E FORTALECIMENTO DA COMUNICAÇÃO INSTITUCIONAL**

NILCILENE PINHEIRO SILVA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNICAMP, MARIANA SALHAB DALL AQUA SCHWELLER - HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNICAMP, TRICIA THOMÉ - HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNICAMP, EDIMILSON LUIS MONTALTI - HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNICAMP, LIONIS WATANABE - HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNICAMP, ANA CAROLINA BRAZ MOITINHO - HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNICAMP, NILCILENE PINHEIRO SILVA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNICAMP, MARIANA SALHAB DALL AQUA SCHWELLER - HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNICAMP, TRICIA THOMÉ - HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNICAMP, EDIMILSON LUIS MONTALTI - HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNICAMP, LIONIS WATANABE - HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNICAMP, ANA CAROLINA BRAZ MOITINHO - HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNICAMP (SP)

Uma das metas internacionais de segurança publicada pela Joint Commission International em 2005 foi para “melhorar a efetividade da comunicação entre os profissionais de saúde”. O tema vem sendo fortalecido pelas instituições de saúde e, a tecnologia pode facilitar esse processo por meio de mecanismos que permitam o acesso à informação para uma consulta fácil e em tempo oportuno. Observando a necessidade de fortalecer a comunicação institucional, o Núcleo de Qualidade e Segurança em Saúde (NQSS) juntamente com o setor de Relações Públicas (RP), Divisão de informática (DINF), com apoio da superintendência do HC Unicamp, desenvolveram uma nova intranet utilizando uma ferramenta gratuita do servidor contratado pela Unicamp para obter uma intranet moderna e intuitiva, integrada aos sites das áreas do HC para unificar o acesso à informações restritas e seguras ao colaborador, interna e externamente. O projeto foi desenvolvido com uso da ferramenta Plan, Do, Study, Act (PDSA), que gerou quatro ciclos de melhoria após reuniões entre as áreas envolvidas que gerou a análise do cenário atual, demandas das áreas, estratégias de segurança dos dados, desenho do layout da intranet e sites associados. Após quatro ciclos de PDSA os problemas levantados e os objetivos não alcançados, direcionaram as melhorias que permitiram a formalização da implantação da IntraHC e divulgação das mudanças, melhorias e facilidades nas mídias internas e externas. A nova Intranet desenvolvida com recursos tecnológicos gratuitos permitiu aos colaboradores um acesso rápido e fácil aos protocolos institucionais, plano de segurança do paciente, indicadores, gestão de riscos, gestão sanitária, treinamentos e aos comunicados internos por meio do usuário e senha do e-mail institucional, o que garante a segurança e confidencialidade do processo. O registro de experiência do colaborador com a IntraHC apresenta um Net Promoter Score (NPS) até o momento de 54% e as sugestões de melhorias apontadas são estudadas e aplicadas quando pertinentes. Compreendemos que o acesso às informações institucionais sustenta as padronizações e fortalece a comunicação, os quais impactam na qualidade e segurança da assistência oferecida.

**26126 - OCORRÊNCIA DE EVENTOS ADVERSOS ANTES E DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19**

MARIANNA GONÇALVES DE ANDRADE - HOSPITAL DO CORAÇÃO DE ALAGOAS, CINTHYA LISBOA CAVALCANTE VASCONCELOS - HOSPITAL DO CORAÇÃO DE ALAGOAS, RENATA BRAGA DO RÊGO - HOSPITAL DO CORAÇÃO DE ALAGOAS, RICARDO CÉSAR CAVALCANTI - HOSPITAL DO CORAÇÃO DE ALAGOAS, ANA CAROLINA DO NASCIMENTO CALLES - HOSPITAL DO CORAÇÃO DE ALAGOAS

Os eventos adversos (EA) são definidos como erros ou incidentes que resultam em dano desnecessário ao paciente, merecendo por isso, maior atenção. A COVID-19 trouxe um cenário de urgência, sobrecarregando os serviços de saúde que não estavam preparados para o enfrentamento no Brasil, sendo então o país com uma das maiores taxas de adoecimento e óbitos do mundo. Pouco se sabe sobre a ocorrência de EA após o início da pandemia, a maior parte da literatura científica tem focado nos eventos adversos referentes aos efeitos farmacológicos de tratamentos e de novas vacinas contra a COVID-19, por isso objetivou-se comparar a ocorrência de EA nas unidades de terapia intensiva, em um hospital da rede privada no estado de Alagoas, em um período de 8 meses antecedentes a pandemia e 8 meses após o início dela. Os EA mantiveram o mesmo quantitativo, porém houve mudança na ocorrência desses. Flebite e Lesão por Pressão (LPP) foram os eventos mais notificados, respectivamente antes da pandemia e após o início do período pandêmico mantiveram-se como os eventos de maior prevalência, porém LPP ganhou destaque, assumindo como o EA mais notificado. A complexidade dos pacientes, contribuiu para a realização de procedimentos mais invasivos como a inserção de cateter venoso central, o que resultou na diminuição das flebites, porém essa mesma complexidade, o desconhecimento e o medo sobre a doença, trouxe exaustão e sobrecarga a equipe o que contribuiu para o aumento das LPP.

**26209 - OPORTUNIDADES DE MELHORIAS NO CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA**

SAMARA LARISSA SILVA - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL REI – CAMPUS CENTRO OESTE, ANA CAROLINA ORCELLI BAUTZER CALABRES - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL REI – CAMPUS CENTRO OESTE, VERÔNICA RAYANE PEREIRA DUTRA - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL REI – CAMPUS CENTRO OESTE, VANESSA FARIA DE FREITAS - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL REI – CAMPUS CENTRO OESTE, HELEN CRISTINY TEODORO COUTO RIBEIRO - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL REI – CAMPUS CENTRO OESTE (MG)

**Introdução:** O checklist de cirurgia segura é um instrumento de baixo custo e com evidência científica de alto potencial na prevenção de danos e melhoria da segurança do paciente cirúrgico. No entanto, a desvalorização do uso do checklist e sua baixa adesão está relacionada a sensibilidade e capacitação da equipe. **Objetivo:** Identificar as oportunidades de melhoria na implantação e uso do checklist de cirurgia segura. **Método:** Estudo de caso com abordagem qualitativa, realizado em hospital público de Minas Gerais com uma equipe multiprofissional, com 32 profissionais envolvidos direta e indiretamente no processo cirúrgico. A coleta de dados foi por meio de entrevistas individuais com roteiro semiestruturado e observações registradas em um diário de campo. Os dados foram analisados por análise de conteúdo, segundo Bardin. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética sob o Parecer nº 619.723. **Resultados:** A baixa adesão do checklist foi comum no relato dos participantes. Observou-se que isso estava relacionado com a forma de implantação do instrumento, sem a participação de toda a equipe. Isso não promoveu atitudes, percepções positivas em relação à sua importância, utilidade e aplicabilidade. No uso após implantação, observou-se como oportunidades de melhoria a mudança de aplicação, não ficando a cargo apenas de um enfermeiro que atuava apenas de segunda a sexta de 7 às 16 horas; a necessidade de preenchimento em equipe e de forma completa nas três fases do checklist e sensibilizando dos profissionais da equipe multiprofissional sobre a importância e a participação ativa da aplicação do instrumento no intra operatório. **Discussão:** Resultados semelhantes sobre a implementação e uso do checklist foram evidenciados em outros estudos. Nessas pesquisas também houveram oportunidades de melhoria como corrigir os dados incompletos e aumentar a adesão dos profissionais. **Conclusão:** As inúmeras tentativas para a implementação do checklist de cirurgia segura por profissionais, ainda que interessados, não passarão de mero cumprimento de uma normatização, caso não se tenha uma cultura de segurança voltada para a segurança do paciente cirúrgico.

**26046 - PANDEMIA DA COVID-19 E CLIMA DE SEGURANÇA EM CENTRO CIRÚRGICO: ESTUDO MISTO**

ANA REGINA RAMOS AZEVEDO - UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, CINTIA SILVA FASSARELLA - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, DANIELA CAMPOS DE ANDRADE LOURENÇÃO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, FLAVIA GIRON CAMERINI - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, DANIELLE DE MENDONÇA HENRIQUE - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, RENATA FLAVIA ABREU DA SILVA - UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

**Introdução:** Adotar o clima de segurança como indicador de saúde, permite compreender como uma organização trata questões relacionadas à segurança do paciente<sup>1</sup>. O centro cirúrgico (CC) é considerado um ambiente complexo, de alto risco, de relações interdisciplinares, culturas variadas, no qual os profissionais trabalham sob pressão<sup>2</sup>. Intuindo prevenir danos é vultoso identificar fatores que interferem na qualidade do cuidado ofertado neste cenário<sup>3</sup>. Para o efeito, procurou-se ferramenta específica, o questionário de atitudes de segurança versão Centro Cirúrgico (SAQ/CC)<sup>4</sup>, com propósito de evidenciar pontos fortes e melhorias do clima de segurança no CC. Relevante conhecer a percepção de clima de segurança em período sem precedentes mundialmente, quando em março de 2020, a Organização Mundial da Saúde declarou a pandemia do SARS-CoV-2, vírus causador da COVID-19. Diante do exposto, justifica-se a pesquisa por investigar os domínios do SAQ/CC em uma instituição de ensino durante a pandemia da COVID-19, quando houve grande preocupação com alargadas e pesadas jornadas de trabalho. Desta maneira, surge uma preocupação no que concerne a qualidade da assistência e segurança do paciente, visto que se previu impacto negativo da COVID-19 em ambientes de cuidado<sup>5</sup>. **Objetivos:** Identificar o clima de segurança no CC universitário pela percepção da equipe multiprofissional; Revelar as diferenças dos domínios de clima de segurança entre as equipes de enfermagem e médica; Entender os domínios de clima de segurança da equipe multiprofissional do CC universitário, em tempos de pandemia da COVID-19; Demonstrar as interseções dos achados das análises quantitativas e qualitativas. **Método:** Pesquisa de método misto, com estratégia de triangulação concomitante. Adotou-se ferramentas recomendadas pela EQUATOR, como STROBE, COREQ e MMAT, garantindo e fortalecendo o rigor metodológico. A coleta de dados aconteceu no centro cirúrgico de hospital universitário no município do Rio de Janeiro, de fevereiro a maio de 2021. Para etapa quantitativa, realizou-se cálculo amostral pelo aplicativo EpiInfo, alcançando um total de 137 profissionais. A técnica da amostragem foi por conveniência. Na fase qualitativa, garantiu-se participação de todas as categorias profissionais, por saturação dos dados. Os critérios de inclusão foram profissionais lotados e atuantes no CC durante a pandemia da COVID-19, com carga horária mínima de 20 horas/semanais e experiência maior de 1 mês no cenário. Os critérios de exclusão foram profissionais afastados por licença ou férias. Como instrumentos de coleta de dados quantitativos e qualitativos utilizou-se, respectivamente, o SAQ/CC, com 60 perguntas, e um roteiro semiestruturado para entrevista, com seis perguntas a partir dos domínios do instrumento quantitativo. O estudo teve anuência dos gestores e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com CAAE: 40571920.1.0000.5258. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e respeitou-se as determinações das Resoluções 466/2012 e 510/2016. Os dados quantitativos foram planilhados, inseridos no programa R versão 4.1.0 e tratados de forma estatística. Os dados qualitativos foram gravados, transcritos e realizada análise de conteúdo segundo Bardin. **Resultados:** Obteve-se participação de 144 profissionais, no qual 73 (50,69%) eram do sexo masculino, prevaleceu a equipe médica com 92 profissionais (63,89%), porém o cargo com maior representatividade foi de instrumentadores e circulantes de sala, com 38 (26,39%). A média do escore global foi 61,94 revelando que os profissionais percebem um clima de segurança neutro.

O domínio com fortalezas foi 'Comunicação no ambiente cirúrgico' (77,91) que trata da qualidade das informações compartilhadas entre os profissionais e com fragilidades 'Percepção do desempenho profissional' (23,60) que aborda a repercussão do cansaço e carga de trabalho no desempenho profissional. Houve diferença significativa ( $p < 0,001$ ) entre as equipes, médica e de enfermagem nos domínios 'Percepção do estresse' e 'Percepção do desempenho profissional'. Nestes, as médias da enfermagem mostraram-se significativamente maior, mostrando maior compreensão sobre os reflexos do estresse e cansaço nas atividades laborais. Participaram das entrevistas 24 profissionais e prevaleceram as falas na categoria 'Protocolo COVID-19' (38,99%) com temáticas como a criação do protocolo COVID-19, dificuldade de adesão ao protocolo e a enfermagem como liderança no CC. Com menor frequência, 'Comunicação' (9,12%) que trata sobre a comunicação entre os profissionais do CC. Quanto à interseção dos dados, houve diferenças nos achados, quando nos quantitativos, o domínio com pontuação positiva foi 'Comunicação do ambiente cirúrgico' que embora fortaleça a importância desta para o ambiente estudado, está entre os menos prevalentes dos dados qualitativos. Seguindo, nos qualitativos prevaleceu 'Condição de trabalho' que reflete a percepção da qualidade do ambiente laboral, todavia, não alcança escore positivo para segurança do paciente na análise quantitativa. **Discussão:** O escore global sugere lacuna de iniciativas, como intervenções educacionais periódicas, primordiais para melhoria da percepção do clima de segurança<sup>6</sup>. A comunicação é de magnitude no cenário, uma vez que, as relações interprofissionais são intensas e próximas, possibilitando um ambiente conflituoso<sup>7</sup>. Importante uma gestão que apoia a comunicação em todos os níveis hierárquicos<sup>8</sup>. Sendo 'Percepção do desempenho profissional', domínio com fragilidades, sugere-se investimentos e melhorias na percepção da repercussão da carga de trabalho e cansaço nas atividades laborais. A equipe de enfermagem percebeu melhor as repercussões do estresse e do cansaço, tal achado pode estar interligado às diferentes cobranças das chefias e carga horária distinta das profissões<sup>9</sup>. A pensar na interseção dos dados, refletiu-se sobre a 'Percepção do desempenho profissional' que permeou outras categorias, como 'Protocolo Covid-19' e 'Sentimentos', caracterizando claramente o momento de realização da pesquisa. O medo foi vivenciado pelos profissionais, estando entre sentimentos de sofrimento psíquico, assim como ansiedade, depressão, insônia, estresse e esgotamento físico e mental<sup>10</sup>. À gestão cabe propor ações de valorização, modificar a percepção desses profissionais quanto a sua importância no cuidado e papel na segurança do paciente, bem como estimular um clima de segurança positivo. **Conclusão:** Evidencia-se com esse estudo que, a equipe multiprofissional do CC universitário percebeu de forma variada os domínios de clima de segurança em tempo da pandemia da COVID-19 e que houve interseção divergente e convergente entre as abordagens quantitativa e qualitativa. Sugerem-se novos estudos, a fim de permitir futuras comparações e fortalecer o clima de segurança do paciente.

## 25991 - PANDEMIA DE COVID-19: IMPACTO NA ATUAÇÃO DE NÚCLEOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE NO ESPÍRITO SANTO

ANA BEATRIZ DA FRAGA BERTOLINI - UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO, PAULA GABRIELI MAGNAGO MATOS - UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO, SHAIANE COSLOP - UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO, FLÁVIA BATISTA PORTUGAL - UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

**Introdução:** Núcleos de Segurança do Paciente são instâncias responsáveis pelo desenvolvimento de ações voltadas para a promoção da segurança do paciente em estabelecimentos de saúde, cuja implantação é obrigatória no Brasil desde 2013. **Objetivo:** Identificar o impacto decorrente da pandemia de COVID-19 no trabalho de NSP estruturados em hospitais públicos estaduais, localizados no Espírito Santo. **Métodos:** Estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa. Foram entrevistados, por meio de videochamada, oito profissionais que atuavam em NSP em hospitais do Espírito Santo, em 2020. Dos entrevistados, somente cinco participantes, de cinco hospitais, permitiram a gravação das entrevistas. Estas foram conduzidas a partir da pergunta norteadora: Fale-me sobre o trabalho do NSP em seu hospital. **Resultados:** Foram destacados pontos positivos e negativos decorrentes da pandemia de COVID-19. Dentre os negativos, destacaram-se o desligamento de profissionais do NSP e o impacto gerado na rotina de trabalho: alta demanda de realização de capacitações em decorrência da admissão de novos profissionais, o que ocasionou sobrecarga de trabalho aos profissionais dos NSP, prejuízos às ações rotineiras e ao planejamento de ações e atrasos na implantação de protocolos; a alta rotatividade de pacientes que comprometeu o andamento das ações de protocolos de segurança já implantados, aumento da ocorrência de eventos adversos e de sobrecarga aos profissionais assistenciais; e o agravamento da falta de exclusividade e disponibilidade dos membros de NSP. Dentre os positivos, destaca-se o maior reconhecimento da importância da atuação dos NSP dentro dos hospitais, gerando um maior apoio da alta gestão para as ações de segurança do paciente e uma maior interação com a comissão de controle de infecções relacionadas à assistência à saúde. **Conclusão:** A pandemia de COVID-19 gerou mudanças desafiadoras na rotina de trabalho dos profissionais dos NSP, sobretudo, causou impactos sobre as ações de segurança do paciente já implantadas anteriormente. Os achados demonstram a importância de sua estruturação de NSP robustos em hospitais, uma vez que evidenciaram a necessidade de adaptabilidade rápida diante do complexo contexto de atendimento hospitalar de pacientes acometidos pela COVID-19, principalmente em hospitais públicos que possuem alta rotatividade de pacientes e profissionais.



**26045 - PARCERIA EM PROL DA SEGURANÇA DO PACIENTE NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**

NAJLA GOMES NAGIB PAULO - SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO, FLÁVIA BATISTA PORTUGAL - UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO, CRISTIANE LOVATI DAL COL AZEREDO - SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO, RENATA BOSSATTO DE BARROS - SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO

**Introdução:** A segurança do paciente é um grande problema de saúde pública, sendo que danos decorrentes da assistência aos pacientes têm significativas implicações de morbidade, mortalidade e qualidade de vida (PRATES et al; 2019). Assim, a preocupação com a segurança no cuidado prestado ao paciente é um assunto prioritário na área da saúde, refletindo na busca e desenvolvimento de evidências científicas. No Brasil, foi criado em 2013 o Programa Nacional de Segurança do Paciente pelo Ministério da Saúde (Portaria GM Nº 529 - 01/04/2013) (BRASIL, 2013) e publicada a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2013 (BRASIL,2013), que objetiva instituir ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde. Também em 2013, a Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo criou a primeira formação da Comissão Estadual de Segurança do Paciente (CESP), inserida no Núcleo Especial de Vigilância Sanitária (NEVS) e que era formada por uma equipe multiprofissional e intersetorial para assim elaborar e colocar em prática o Programa Estadual de Segurança do Paciente. Desde então o Espírito Santo (ES) desenvolve ações a fim de fortalecer a segurança do paciente no estado. Em 6 de dezembro de 2017 foi fundada a Sociedade Brasileira para a Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente – SOBRASP, na cidade do Rio de Janeiro, por um grupo multidisciplinar de profissionais, comprometidos com a causa da segurança do paciente e qualidade do cuidado, e atuantes na assistência, gestão, ensino e pesquisa em vários Estados do país. Ela foi criada com a finalidade de congrega os profissionais de saúde e os profissionais em geral no Brasil que atuam na área da Qualidade do Cuidado e da Segurança do Paciente (SOBRASP, 2022). Com o propósito de promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente no estado do Espírito Santo, a CESP e a SOBRASP iniciam em 2020 uma parceria para realização de diversos eventos educativos e informativos para os profissionais e gestores de saúde do estado. **Objetivo:** Relatar a experiência de integração entre CESP e SOBRASP com o intuito de promover eventos e capacitações para melhoria da qualidade assistencial, adesão às práticas de segurança do paciente e gestão de riscos nos serviços de saúde. **Descrição da execução:** Em setembro de 2020 inicia a parceria oficial entre CESP e SOBRASP, com o intuito de promover e incentivar as ações para a Segurança do Paciente no estado do Espírito Santo. Mas, desde 2019 começamos a aproximação com o convite e nomeação, como membro consultor da CESP a referência estadual da SOBRASP. O primeiro evento foi uma mesa redonda comemorativa ao Dia Mundial da Segurança do Paciente, que foi instituído em 2019 pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Assim, em setembro de 2020 foi realizado o primeiro evento on-line, por meio da plataforma Zoom e que foi direcionado aos profissionais da saúde, em especial àqueles que atuam nos Núcleos de Segurança do Paciente e Saúde do Trabalhador. O tema utilizado foi o da campanha mundial: “Trabalhadores da saúde seguros, pacientes seguros”, que tinha como objetivo estimular o conceito de que preservar a segurança do profissional de saúde é investir na segurança dos pacientes. Para o ano seguinte, 2021, a organização conjunta para celebrar o dia mundial teve início em julho, e foi utilizado para organizar as webpalestras o tema da OMS: “Cuidado Materno e Neonatal Seguro” com o slogan “Aja agora para um parto seguro e respeitoso!”. As webpalestras aconteceram nos dias 09, 14, 21 e 28 de setembro de 2021 sempre as 20 horas através da plataforma Zoom e tinham como objetivo ajudar a melhorar a assistência aos pacientes e evitar eventos adversos maternos e neonatais. Sendo assim, profissionais das 04 regiões de saúde do estado trouxeram para compartilhar as ações adotadas pelos seus serviços de saúde e que geraram bons resultados. Alguns exemplos: implantação do protocolo de parto seguro; estratégias

que foquem na qualidade do pré-natal; suporte ao recém-nascido; e como realizar o cuidado à mãe em tempos de pandemia. Em 2022 reforçamos a parceria organizando e realizando o Abril pela Segurança do Paciente. Através de uma webpalestra intitulada: "Notificação e Investigação de Eventos Adversos Relacionados à Assistência à Saúde", no dia 01 de abril, pela plataforma zoom. Neste dia realizamos uma rica discussão sobre a importância da gestão de risco para a identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança do paciente. O evento teve a participação de 200 pessoas de todo o Brasil, com participação expressiva de estados como Bahia, Minas Gerais, Paraná, Roraima, Maranhão, Alagoas, Pernambuco, Piauí, Tocantins, Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro, Pará e claro do Espírito Santo. **Análise crítica dos resultados:** A parceria está cumprindo seu objetivo, que é a promoção de eventos e capacitações para melhoria da qualidade assistencial e adesão às práticas de segurança do paciente, além da gestão de riscos nos serviços de saúde no estado do Espírito Santo. Como iniciamos o trabalho conjunto em 2020, ano que a pandemia mais penalizou a população e absorveu os trabalhadores e instituições de saúde, no primeiro ano a adesão não foi a esperada. Devemos levar em consideração também a novidade de utilização de plataformas digitais para a realização de eventos e a dificuldade de acesso e até mesmo de utilização de novas tecnologias. Mas, já em 2022, pudemos perceber que estamos no caminho certo, uma vez que a adesão e participação dos profissionais de saúde no evento de abril foi expressiva. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** Trabalhar em conjunto e com um objetivo comum permitiu atingir e sensibilizar um público cada vez maior envolvido com temática e que tem como propósito proporcionar qualidade e segurança no cuidado aos pacientes do estado do Espírito Santo. Esperamos continuar com a colaboração mútua para que a temática Segurança do Paciente seja cada vez mais discutida, debatida e aplicada no estado do Espírito Santo dentro dos serviços de saúde, colaborando para a melhoria da qualidade da assistência.

#### Referências

PRATES, C.G.; MAGALHAES, A.M.M.; BALENA, M.A.; MOURA, G.M.S.S. Núcleo de segurança do paciente: o caminho das pedras em um hospital geral. Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre, v. 40, 2019.

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RESOLUÇÃO - RDC No 36, DE 25 DE JULHO DE 2013. 36 jul 25, 2013.

MS - Ministério da Saúde. PORTARIA No 529, DE 1o DE ABRIL DE 2013. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

SOBRASP – Sociedade Brasileira para a Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente. Disponível em: <https://www.sobrasp.org.br/sobrasp.php>. Acesso em: 28 de maio de 2022.

**26347 - PDSA DAS METAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE**

THAISA CRISTINA AFONSO - UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, GUILHERME ONO DE GOUVEA - HUGOL, VERÔNICA FARINA - MOINHOS DE VENTOS, LUCIANA DA SILVA OLIVEIRA - HUGOL, MONISE MARIA FREITAS MARQUES - HUGOL, ANA LÚCIA QUEIROZ BEZERRA - UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

**Introdução:** O ciclo PDSA reflete a importância da avaliação constante dos processos para o sucesso organizacional. Pautados no acrônimo PDSA, nas seguintes etapas: P (Plan –planejar), D (Do-fazer), S (Study–estudar) e A (act –agir), é uma ferramenta que permite desenvolver melhorias diante problemáticas por meio da co-participação dos profissionais de saúde. **Objetivo:** Verificar a adesão dos profissionais mensurar os resultados referentes às ações de melhorias propostas e implementadas pelos times de segurança do paciente. **Descrição da execução:** Relato de experiência do projeto Paciente Seguro desenvolvido em um hospital da região centro-oeste do país com apoio do Ministério da Saúde por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde e do Hospital Moinhos de Vento. Foi desenvolvido no período de maio de 2021 a junho de 2022, utilizando o modelo de melhoria associada a ferramenta PDSA. **Análise crítica dos resultados:** O resultado de implementação das ideias de mudança com o uso dos diagramas direcionadores de cada meta: 95% Cirurgia Segura (CS), 100% Identificação (ID), 100% Medicamentos Dispensação (MED) 97% Higiene de mãos (HM), 100% lesão por pressão (LPP) e 98% Quedas. Em relação a adesão dos times das atividades do projeto a média de cada meta: 79% CS, 95% ID, 98%MED, 98% HM, 90% LPP e 95% Quedas. **Conclusão:** Ainda que alguns membros dos times não tenham aderido acima de 90%, os resultados refletiram a importância do trabalho em equipe, da descrição das hipóteses e os devidos testes e análises gerando aprendizagem e sustentação para novos ciclos. As ideias compartilhadas com a equipe operacional são um excelente caminho para a segurança do paciente.

**26438 - PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS MÉDICOS SOBRE O ENVOLVIMENTO DO PACIENTE NA TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA EM SAÚDE MENTAL**

EURIDES SANTOS PINHO - FACULDADE DE ENFERMAGEM. UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, GIULIA CHALUB SANTORO - DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, NATHÁLIA SANTOS SILVA - FACULDADE DE ENFERMAGEM. UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, JOHNATAN MARTINS SOUSA - FACULDADE DE ENFERMAGEM. UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, ANA LÚCIA BEZERRA QUEIROZ - FACULDADE DE ENFERMAGEM. UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, THATIANNY TANFERRI DE BRITO PARANAGUÁ - FACULDADE DE ENFERMAGEM. UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

**Introdução:** A medicação segura é tema do 3º desafio global de segurança do paciente, que visa reduzir danos aos usuários dos serviços de saúde causados por medicação insegura, práticas e erros de medicação. Esses erros são potencialmente evitáveis, e podem ser reduzidos com envolvimento do paciente nas decisões e gerenciamento de seus medicamentos. A terapêutica medicamentosa em saúde mental, expõe o paciente a situação de risco que corresponde a redução da expectativa de vida. **Objetivo:** Descrever a percepção de médicos sobre o envolvimento do paciente na terapêutica medicamentosa. **Método:** Estudo descritivo de abordagem qualitativa, utilizou-se do método da Análise de Conteúdo de Bardin. A coleta de dados ocorreu entre maio e agosto/2021, por meio de entrevistas com seis médicos da equipe multidisciplinar de quatro Centros de Atenção Psicossocial de um município da região centro oeste do Brasil. Pesquisa aprovada sob parecer nº 3.726.285 e CAAE: 22469119.0.0000.5078. **Resultados:** Os dados foram organizados em duas categorias. 1-Envolvimento do paciente na terapêutica medicamentosa, percebe-se que o envolvimento na decisão terapêutica é um desafio aos profissionais, conforme relatos: “Geralmente, a terapêutica é eu mesmo que decido”; “Vejo que tem um baixo envolvimento”; “Muitas vezes, a gente tem um baixo índice cognitivo e o usuário não entende bem o que a gente tenta explicar”; “A questão da medicação mesmo, é comigo”; “Não adianta só impor um tratamento ao paciente, se ele não estiver envolvido de alguma forma”. 2-Ações de envolvimento do paciente, a disponibilidade para o diálogo e criação de espaço de fala aos pacientes, são relevantes para o envolvimento: “Junto a gente vai decidir, eu dou para ele quais as opções e a gente decide junto”; “Eu dou bastante autonomia para os pacientes, e eles muitas vezes, ajudam a decidir qual medicamento e como usar”; “Eu gosto de colocar as cartas na mesa e perguntar pra ele - você concorda?”. **Conclusão:** Muitas vezes, envolver o paciente na decisão pode ser tido como tabu, sugere-se espaços de discussão de fatores limitadores como discriminação e a questão cognitiva, e facilitadores como pensar alternativas à compreensão da terapêutica medicamentosa por todos. Apesar dos indícios de ações para envolver os pacientes, questiona-se o quanto esses se sentem envolvidos e se as estratégias são eficientes para o cuidado seguro.

**26244 - PERCEPÇÃO DO AUTOCUIDADO NOS USUÁRIOS PORTADORES DE FERIDAS CRÔNICAS**

CLEISLA DANIEL SIQUEIRA - CENTRO UNIVERSITÁRIO MAURÍCIO DE NASSAU, GEÓRGINA ARAÚJO DINIZ - CENTRO UNIVERSITÁRIO MAURÍCIO DE NASSAU, ANNYELE JÉSSICA TOSCANO DA SILVA - CENTRO UNIVERSITÁRIO MAURÍCIO DE NASSAU, JACKSON DE OLIVEIRA PONTES - CENTRO UNIVERSITÁRIO MAURÍCIO DE NASSAU, FLÁVIA DANIELLI MARTINS LIMA - CENTRO UNIVERSITÁRIO MAURÍCIO DE NASSAU

**Introdução:** O processo de prevenção e cura das feridas, agudas ou crônicas, é reflexo das ações de autocuidado, que deve ser ligada às condições socioeconômicas, hábitos de higiene, conhecimento sobre as lesões e acesso aos serviços de saúde. Dessa forma, é necessária uma reflexão acerca de como os usuários percebem suas contribuições para o autocuidado. **Objetivo:** Conhecer a percepção dos portadores de feridas crônicas acerca do autocuidado. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa, realizada no Centro Especializado de Prevenção e Tratamento de Úlceras Crônicas (CEPTUC) localizado no município de Parnamirim, no estado do Rio Grande do Norte. Participaram dez pacientes portadores de feridas há mais de dois anos. A coleta de dados ocorreu em agosto de 2021, que se deu pelo preenchimento de um formulário com dados sociodemográficos e uma entrevista semiestruturada contendo perguntas abertas formuladas pelos pesquisadores, com gravação das falas dos participantes. A análise ocorreu pelo referencial de Bardin pela técnica de análise de conteúdo, aplicação do teste de associação de palavras e decodificação dos dados em categorias. Estudo aprovação pelo comitê de ética, sob o CAAE: 46257521.8.0000.5193. **Resultados:** Dentre os participantes da pesquisa a maioria eram do sexo feminino (70%); na faixa etária acima de 50 anos (90%); nível de escolaridade sendo ensino fundamental incompleto (80%) e com renda familiar de até R\$:1.100,00 (70%). Após análise das entrevistas emergiram as seguintes categorias temáticas: 1) Vivências das pessoas portadoras de feridas crônicas: a dor foi um dos pontos mais citados, demonstrando que a vivência do portador está estreitamente ligada a esse fator. 2) Dificuldades no autocuidado evidenciadas pelos portadores de feridas crônicas: limitações nas atividades básicas da vida diária até as atividades instrumentais. 3) Orientações dos profissionais para os portadores de feridas crônicas: Enfatiza-se a superficialidade das informações repassadas pelos profissionais acerca dos cuidados com as lesões. **Conclusão:** Proporcionou-se uma reflexão sobre a vivência dos portadores de feridas crônicas e como percebem o autocuidado, sendo possível identificar como a condição afeta a qualidade de vida e a realização de atividades da vida diária, os sentimentos que carregam e as suas limitações no processo de cura.

## 26372 - PERCEPÇÃO DOS DISCENTES SOBRE A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

BARBARA NINO ORNELLAS HASSELMANN - UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO, CAMILA CORREIA SAMPAIO - UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO, RENATA FLAVIA ABREU DA SILVA - UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO, KEYLA TAIANI TERRA ASSUNÇÃO - UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO, ELANE MOREIRA DE MATTOS CHAVES - UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO, VANESSA DE ALMEIDA FERREIRA CORRÊA - UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO

**Introdução:** Em um estudo de revisão integrativa sobre a ocorrência de incidentes na Atenção Primária à Saúde (APS) cerca de 1 a 24 incidentes ocorrem a cada 100 consultas, desses, 4% podem gerar danos graves. Justificando o empenho para estimular a cultura de segurança do paciente (SP) na APS, acredita-se que a maneira como os profissionais lidam com os erros podem demonstrar como a cultura está sendo desenvolvida. **Objetivo:** Identificar, sob a percepção dos discentes, como os profissionais da APS lidam com os erros relacionados à assistência à saúde e a cultura de SP. **Método:** Trata-se de uma pesquisa descritivo-exploratória, de abordagem quantitativa, com discentes da graduação de enfermagem em uma Universidade Federal localizada no Rio de Janeiro. A pesquisa foi divulgada por meio de um link em aplicativos de mensagens instantâneas, e 31 discentes aceitaram participar da pesquisa. Os dados foram coletados entre dezembro de 2020 e março de 2021, por um questionário online, tipo likert, com respostas que variam entre “Às vezes”, “Não sei”, “Nunca”, “Quase sempre”, “Raramente” e “Sempre”. A análise foi estatística, com frequência relativa. Aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com parecer 4.453.741. **Resultados:** Tratando-se de como os profissionais lidam com os erros, 49% dos discentes referiram que os profissionais apresentaram facilidade em relatarem o erro, sendo que 26% responderam como “sempre” e 23% como “quase sempre”, cerca de 48% afirmaram que “nunca”, “às vezes” e “raramente” os erros eram relatados pelos profissionais. No entanto, se os profissionais acreditavam que os erros poderiam ser usados contra si houve um contraponto, pois 39% dos participantes relataram que “sempre” ou “quase sempre”, 29% relataram “às vezes” e “raramente” e somente 10% afirmaram “nunca” que os erros poderiam ser usados contra os profissionais, 26% relataram “não sei”, sinalizando que a cultura de SP pode não ter sido tão perceptível pelos discentes. **Conclusão:** Portanto, foi possível identificar, sob a percepção dos discentes, que a cultura de SP na APS precisa ser desenvolvida, pois além de encorajar os profissionais a relatarem seus erros, poderá desmistificar o receio de penalização sobre si. Também existe a necessidade de ampliar as discussões sobre a cultura SP na APS com os discentes da graduação, com o objetivo de permitir uma melhor percepção sobre a cultura.

**26037 - PERFIL DE PACIENTES COM COVID-19 E NEWS 2 - VERSÃO BRASILEIRA: AVALIAÇÃO DE DADOS PRELIMINARES**

ANA PAULA AMESTOY DE OLIVEIRA - PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL (PUCRS), JANETE DE SOUZA URBANETTO - PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL (PUCRS), GIOVANA ROSSI USEVICIUS - PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL (PUCRS), JULIA DOS SANTOS DE LUVIZON - PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL (PUCRS), EVELYN MARIANA RIBEIRO DA SILVA - PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL (PUCRS), ANDRESSA GOLEMBIESKI MACHADO - PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL (PUCRS)

**Introdução:** O National Early Warning Score 2 (NEWS 2) - versão brasileira permite a identificação de declínio clínico através de critérios fisiológicos e, através disso, o manejo precoce de pacientes, corroborando com a Segurança do Paciente. A pandemia mundial de COVID-19 tornou ainda mais necessária a identificação de pacientes em maior risco, bem como a intervenção tempestiva e alocação correta de recursos. No cenário internacional, o NEWS-2 foi utilizado com resultados satisfatórios nesse processo. **Objetivo:** Avaliar o perfil de pacientes e a associação do escore NEWS 2 - versão brasileira com os desfechos alta e óbito. **Método:** Estudo de caráter descritivo, retrospectivo, que avaliou pacientes acometidos por COVID-19 admitidos em um hospital da região sul do Brasil. Possui aprovação pelo CEP/PUCRS sob CAAE 36022020.0.0000.5336 e integra o projeto de tese de doutorado com o objetivo de validação do NEWS-2-versão brasileira em adultos hospitalizados. **Resultados:** A amostra preliminar foi composta por 133 pacientes admitidos em uma emergência com COVID-19, sendo 76 (57,1%) do sexo feminino, com idade média de 67,08 anos. Em relação à história de saúde pregressa, os pacientes apresentaram mediana de duas comorbidades, com amplitude de 0 (previamente hígidos) a 6, e, em relação aos sintomas descritos na chegada, mediana de 2 e amplitude de 0 (assintomáticos) a 5. A mediana do NEWS 2 – versão brasileira da admissão foi 5, com amplitude de 0 a 14. 41(30,8%) pacientes deram entrada na emergência com critérios para monitoramento contínuo de sinais vitais e esse resultado se associou ao desfecho óbito ( $p < 0,05$ ), assim como o monitoramento a cada 4 a 6h representou 32,3% da amostra e associou-se ao desfecho alta ( $p < 0,05$ ). **Conclusão:** Conhecer o perfil dos pacientes admitidos com COVID-19 em uma emergência, alinhado ao estabelecimento e análise de um escore de alerta precoce, como o NEWS 2 – versão brasileira contribui com o cuidado seguro e efetivo, trazendo rapidez na tomada de decisão, monitoramento adequado e maior segurança na assistência prestada.

**26367 - PERFIL DOS PARTICIPANTES DE UM CURSO ONLINE, ABERTO E MASSIVO SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE**

CIBELE DUARTE PARULLA - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, ANA LUÍSA PETERSEN COGO - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, TAICIANA CHAGAS CAMACHO - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, ALÉXIA GABRIELA BARTH CORDOVA - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (PORTO ALEGRE/RS)

**Introdução:** As atividades de ensino que promovem a autonomia do participante possibilitam o desenvolvimento do tema da segurança do paciente quanto ao conhecimento, as habilidades e os comportamentos para um cuidado seguro. Nessa perspectiva e através de uma parceria entre a Universidade Federal do Rio Grande do Sul e a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP), foi desenvolvido o curso online, aberto e massivo (MOOC) “Cuidados à Saúde e Segurança: O paciente e sua família têm papel fundamental”, disponibilizado na Plataforma Lúmina. **Objetivo:** Descrever a caracterização dos participantes da 1ª edição do MOOC “Cuidados à Saúde e Segurança: O paciente e sua família têm papel fundamental”. **Método:** Estudo exploratório e quantitativo. Os dados foram coletados na Plataforma Lúmina, compreendendo o período entre março e maio de 2022 e analisados por estatística descritiva. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE 47663021.6.0000.5347). **Resultados:** Entre os participantes, 343 (78,31 %) eram do sexo feminino, 148 (33,79%) idade entre 20-24 anos e 3 (0,68%) residiam fora do Brasil. Quanto à escolaridade, 225 (51,37 %) possuíam graduação em andamento e 91 (20,78 %) ensino médio completo, sendo que 54,6% dos participantes afirma assistir à vídeo aulas mais de uma vez na semana. O interesse pelo curso foi justificado pela importância do tema para os estudos, segundo 262 participantes (59,82%), enquanto que 137 (31,28%) afirmaram ser devido à relevância para o trabalho e 39 (8,9%) por curiosidade pela temática. Atualmente, o curso está em sua 2ª edição. **Conclusão:** Os dados demonstram diferentes perfis de participantes, resultado da utilização de linguagem simples e abordagem acessível ao público leigo, oportunizando, desta forma, o desenvolvimento de conhecimento em saúde de forma mais efetiva e consciente.



**25999 - PRÁTICAS DE ENSINO APRENDIZAGEM NO CONTEXTO HOSPITALAR: A EXPERIÊNCIA DE CONSULTORIA INTERNA**

DANIELLA ROGERIO HONORIO - HOSPITAL UNIMED LITORAL, SUZINI LETICIA WERNER - HOSPITAL UNIMED LITORAL

No ano de 2021, a Educação Continuada da Unimed Litoral situada em Balneário Camboriú, se reinventou frente a um cenário pandêmico, propondo a metodologia de consultoria de treinamentos. Com o propósito de manter a qualidade assistencial em um cenário de adversidades e particularidades, foi criado um método ensino-aprendizagem conduzido por colaboradores. Junto aos gestores foram escolhidos os multiplicadores de conhecimento, estes por sua vez buscavam o serviço que de forma estruturada orientava os passos para a disseminação do conhecimento com um instrumento que garantia: conteúdo, metodologia e avaliação de resultados. Esse método esteve disponível para toda instituição com foco de estimular as várias formas de aprendizagens ativas. Quando o colaborador constrói hipóteses e coloca em prática as informações que teve acesso, além de desenvolver outros colegas, ele fixa mais o conteúdo e se torna o centro do próprio aprendizado. O maior desafio do projeto foi a quebra de paradigma onde a profissional da educação torna outros colaboradores protagonistas do processo de ensino-aprendizagem, aumentando os resultados que o projeto de educação propôs: garantir a aplicação correta das Metas de Segurança, Protocolos Clínicos Gerenciados, para que o paciente continue sendo atendido de forma segura e com qualidade assistencial. Nas consultorias foi disponibilizado um menu com temas de segurança do paciente e métodos possíveis de aplicação, tais como: passa ou repassa da cadeia medicamentosa, simulação realística, roda das metas de segurança, bingo laboratorial, caça ao tesouro dos custos assistenciais. Atingimos 16 áreas da Cooperativa, as quais realizaram 109 treinamentos, 4.339 participantes (75,8% do público-alvo) e satisfação de 95% do público participante. Após a realização dos treinamentos, foi mensurado aprendizagem (90%). Foram eleitos treinamentos mais estratégicos e uma amostra do público participante para avaliação da retenção do conhecimento, avaliação de eficácia, a qual avalia: aplicabilidade técnica, comportamental, percepções do paciente e família. A avaliação obteve 95% de Eficácia dos treinamentos avaliados. Comparado aos 3 últimos anos (2018, 2019, 2020), no ano de 2021 houve um crescimento exponencial de 419% no volume de treinamentos. Isso demonstra que o método de abordagem foi assertivo para atender as necessidades em cenários de crise.

## 26410 - PROCESSO DE ENFERMAGEM E PROTOCOLOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE ENSINO

DAYANE FREITAS DO NASCIMENTO – UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL, ARMINDA REZENDE DE PÁDUA DEL CORONA - UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL, VILMA RIBEIRO DA SILVA - UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL, KARINA SIJANAS RIBEIRO ALBUQUERQUE – UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL

**Introdução:** A problemática desse estudo surge fundamentada no pressuposto de que a gestão de enfermagem nas instituições de saúde, deve além de cumprir à legislação do exercício profissional, utilizar-se de um método para sistematizar a prática clínica assistencial de cuidados de enfermagem, denominado de Processo de Enfermagem (PE). Como instrumento metodológico do cuidado enfermagem o PE possibilita avaliar os resultados da prática assistencial da equipe, contribuindo com isso com a qualidade e a Segurança do Paciente (SP) nos cuidados oferecidos. **Objetivo:** Investigar se existe correlação positiva entre a prática do processo de enfermagem e os protocolos de segurança do paciente no Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (HUMAP/UFMS/EBSEH) na percepção dos enfermeiros. **Método:** Pesquisa quali-quantitativa com caráter descritivo, exploratório e transversal. O parecer de número 4065020, submetido na plataforma e aprovado. Os participantes da pesquisa foram 110 enfermeiros assistenciais. O instrumento de coleta composto de quatro dimensões com 5 afirmativas em escala tipo Likert®. A análise dos dados quantitativos foi pelo programa Excel® e os conteúdos qualitativos foram por Bardan (2010). **Resultados:** Quanto ao perfil sociodemográfico dos participantes da pesquisa, observou-se um grupo de enfermeiros adultos jovens, constituído na maioria por mulheres, haja vista se tratar de um hospital público federal, em que o ingresso à carreira se dá por concurso público cuja aprovação requer preparação prévia e comprovação de qualificação *latu sensu*. Assim, na seção de protocolos de SP, primeira afirmativa é possível observar a importância do controle de riscos pela equipe, apresentando a maior porcentagem de concordância. Em contraste a seção de estruturação do PE, no que tange a efetivação, aponta a maior discordância entre os profissionais, colocando em evidência assim a fragilidade do desempenho. **Discussão:** Em paridade com o estudo apresentado, Shibukawa (2019) obteve resultados semelhantes ao apresentados quanto a aplicação do PE nas instituições apresentada, coloca-se em pauta inconsistência quanto a SP. **Conclusão:** Destarte, o quadro geral apresentado alcançou o objetivo proposto ao relacionar a prática do PE com a SP, apresentando resultados positivos na unidade hospitalar de ensino, priorizando o cuidado eficaz para com o indivíduo.

## 26415 - PROCESSO DE PREPARO DE ALTA HOSPITALAR DO PACIENTE CIRÚRGICO NO PÓS OPERATÓRIO IMEDIATO

ANA PAULA NARCIZO CARCUCHINSKI - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, MARI NEI CLOSOSKI DA ROCHA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, MORGANA MORBACH BORGES - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, MÁRCIO JOSUE TRASEL - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, ADRIANA MARIA ALEXANDRE HENRRRIQUES - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, ZENAIDE PAULO SILVEIRA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (RS)

**Introdução:** O paciente cirúrgico submetido a um procedimento de pequeno ou médio porte, que não necessite de pernoite hospitalar, é considerado como ambulatorial, o que significa que, assim que recuperado da anestesia, não apresentando complicações no pós cirúrgico e estiver estável hemodinamicamente, será avaliado pela equipe multiprofissional e liberado para o domicílio. O planejamento de alta é uma etapa importante da sistematização da assistência de enfermagem, sendo o enfermeiro responsável por essa ação. **Objetivo:** Descrever o processo de preparo do paciente para a alta hospitalar no pós-operatório imediato. **Descrição da execução:** Trata-se de um relato de experiência dos enfermeiros da Sala de Recuperação (SR) de um Hospital Universitário de Porto Alegre, referente ao manejo do paciente cirúrgico ambulatorial. Na admissão do paciente na SR, a equipe anestésico-cirúrgica repassa as informações relativas ao paciente e ao seu procedimento, informando cuidados e destino do paciente no pós-operatório. O enfermeiro avalia constantemente o paciente, observando o retorno do nível de consciência, função ventilatória e hemodinâmica estável, ausência de complicações cirúrgicas e farmacológicas, dor controlada, restabelecimento de VO, mobilidade conforme limitações e eliminações espontâneas presentes. O paciente apresentando condições clínicas adequadas, é avaliado pelo enfermeiro e médico plantonista sendo liberado para alta hospitalar. O enfermeiro repassa com o paciente e seu familiar, as orientações de cuidados no domicílio, como curativo, uso de medicamentos conforme receita médica, entrega o sumário de alta hospitalar, retorno médico e aviso de alta para a liberação na portaria. **Análise crítica dos resultados:** As orientações repassadas, verbalmente e por escrito, com o paciente e seu familiar, facilita o entendimento dos cuidados a serem realizados no retorno ao domicílio, reduzindo a probabilidade de intercorrências no pós-operatório. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** As orientações educativas na alta hospitalar são atribuições importantes do enfermeiro, promovendo a continuidade do cuidado e segurança por parte dos cuidadores em realizar assistência aos pacientes pós-cirúrgicos ambulatoriais no ambiente domiciliar.

## 25985 - PROGRAMA DE TREINAMENTO EM SERVIÇO COMO METODOLOGIA DE CUIDADO E SEGURANÇA DO PACIENTE

DANILO VAZ MARQUES - UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL, GUILHERME VAZ MARQUES - CENTRO UNIVERSITÁRIO DA GRANDE DOURADOS (MS)

**Introdução:** O tratamento farmacológico, por meio da terapia inalatória, constitui a principal ferramenta para manejo das doenças pulmonares, a exemplo da Asma e DPOC. Vale ressaltar que a eficácia terapêutica, está intimamente ligada a técnica correta de administração do medicamento, o que contribui significativamente para a deposição do fármaco nas vias aéreas inferiores. No contexto da Pandemia de COVID-19, ocorreu um aumento significativo do uso de dispositivos inalatórios pressurizados dosimetrados (pMDI), pelo menor risco de dispersão do SARS-COV-2 no ambiente. Essa elevação no uso do dispositivo pMDI, evidenciou que a grande maioria dos profissionais de enfermagem e da equipe multidisciplinar do Serviço de Cuidados Intensivos e Semi-Intensivos, desconhecem a técnica correta de uso do dispositivo, seja no paciente que está em ventilação espontânea e ou assistido por ventilação invasiva. Todavia, sabe-se que no Plano de Segurança do Paciente o uso e administração de medicamentos, faz parte da estratégia e gestão de risco. Desse modo, foi proposto um programa de treinamento em serviço, com o intuito de capacitar toda equipe assistencial, sobre o uso de medicações aerolisadas por meio de dispositivo inalatório pressurizado, visando boas práticas que garantam qualidade do cuidado e sobretudo a segurança do paciente. **Objetivo:** Capacitar a equipe multiprofissional acerca do uso correto do dispositivo pMDI nos pacientes que estão em ventilação espontânea e mecânica, almejando eficácia terapêutica do medicamento. **Descrição da execução:** Inicialmente foi realizado levantamento bibliográfico sobre os diversos dispositivos inalatórios existentes no mercado e validação das técnicas de uso. Foi elencado o dispositivo pressurizado dosimetrado (pMDI), por ser o mais comum na rede pública de saúde. Em consoante, foram delineadas a abordagem desse dispositivo no paciente que está em ventilação espontânea, seu uso com espaçador e sem espaçador e no paciente em ventilação mecânica, através da entrada MDI do sistema de aspiração fechado, administração direta via tubo orotraqueal e ou cânula de traqueostomia, os parâmetros a serem analisados e prevenção de infecções relacionadas ao uso do dispositivo. O treinamento em serviço, foi realizado durante o mês de fevereiro de 2022, autorizado por meio de processo aberto no Núcleo de Educação Permanente em Serviço - HUMAP UFMS, via SEI. O local escolhido para a prática foi a Unidade de Terapia Intensiva Adulta (UTI) e a Unidade de Doenças Infecciosas e Parasitária (DIP), no período diurno e noturno. Para fins didáticos, foram utilizados espaçador confeccionado em garrafa PET, dispositivo pMDI, Circuito de ventilação mecânica, Ventilador Mecânico e sistema de aspiração fechado. O treinamento prático ocorreu junto a equipe de enfermagem em duas fases, sendo uma voltada para ventilação espontânea e outra para ventilação mecânica, devido as particularidades de uso nos dois contextos. Ademais, atualmente, no grupo de trabalho via aplicativo de conversa, são reforçadas ações sobre manejo correto da terapia inalatória. **Análise crítica dos resultados:** De fato o treinamento em serviço é um diferencial para garantir a qualidade do cuidado, ao inserir o profissional em um contexto e fazê-lo refletir sobre a sua prática diária e melhoria contínua dos processos de trabalho. Todavia, dentro da equipe multiprofissional, a equipe de enfermagem, devido a sobrecarga de serviço, encontra dificuldade em se submeter a treinamentos dentro de seu horário de trabalho. Com relação aos outros profissionais, evidenciou-se falta de interesse, por não atuarem diretamente na administração de medicamentos, fato que prejudica a qualidade do cuidado e limita a gestão de risco. Vale ressaltar também que apesar da unidade contar atualmente com serviço de farmácia clínica esse apoio consultivo ainda é pouco explorado no que se refere aos dispositivos inalatórios. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** O enfermeiro, deve ter um olhar diferenciado e

atento aos gargalos assistenciais que possam prejudicar a segurança do paciente, devendo para isso, lançar mão de estratégias e metodologias que modifiquem a prática assistencial e possibilite melhorias aos pacientes assistidos. Destarte, não basta apenas treinar, é necessária uma reavaliação periódica e contínua do processo, e se necessário intervir por meio de reeducação. Assim, pode-se elencar que o treinamento em serviço sobre uso do inalador pressurizado dosimetrado contribuiu significativamente para o uso correto da medicação, melhorando a eficácia terapêutica e qualidade dos cuidados aos pacientes.

## 26320 - PROGRAMA EDUCACIONAL MULTIPROFISSIONAL PARA RESIDENTES COMO ESTRATÉGIA PARA MELHORAR A SEGURANÇA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

RAYANE VIEIRA FONSECA ALMEIDA – UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO/UNIFESP, CYNTHIA SALMAGI COUTINHO - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO/UNIFESP, JULIANA ALVES AGUIAR DA SILVA COSTA - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO/UNIFESP, SANDRA GOMES DE BARROS – UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO/UNIFESP (SP)

**Introdução:** A teoria e a prática clínica têm papel fundamental na formação dos profissionais da saúde. As práticas interprofissionais com compartilhamento de saberes são necessárias para um atendimento integral, com qualidade e segurança. **Objetivo:** Relatar a experiência da equipe multiprofissional da Unidade de Terapia Intensiva do Departamento de Medicina do Hospital São Paulo (Unifesp) com um programa educacional multiprofissional para residentes médicos e residentes de fisioterapia no ano de 2022. **Descrição da execução:** A UTI DMED é cenário de atuação para residentes de medicina, fisioterapia, nutrição, enfermagem, psicologia e farmácia. Em maio de 2022, a equipe médica e de fisioterapia aplicaram a ferramenta brainstorming e identificaram uma oportunidade de melhoria: otimizar a programação teórica para os residentes que atuam no setor. Como intervenção, foi elaborado um cronograma de aulas com enfoque multiprofissional, com temas como: ventilação mecânica, sedoanalgesia, choque circulatório, monitorização hemodinâmica, drogas vasoativas. Outros temas são acrescentados conforme demanda. As aulas são dialogadas, apresentadas pelos residentes, com comentários dos profissionais, com duração máxima de 1 hora. Assim, desenvolvendo aprendizado de forma ativa, homogeneizando os conhecimentos, promovemos qualidade do atendimento, reduzindo danos ao paciente causados por imperícia e melhorando a integração da equipe. **Análise crítica dos resultados:** Até o presente, observamos melhor interação entre as equipes, maior domínio dos casos e segurança na execução das condutas clínicas. Os residentes têm postura mais ativa na busca de conhecimentos e a cultura de atendimento interdisciplinar está fortalecida. A segurança do paciente tem sido garantida ao aumentarmos a qualidade técnico-científica dos profissionais e melhorarmos a comunicação da equipe. Alguns desafios são: conciliar os horários para as discussões e eventuais intercorrências e admissões que ocorrem durante as aulas. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade no cuidado:** Esta estratégia é factível, reprodutível, promove melhora da qualidade do atendimento, atualização do profissional, comunicação mais eficaz e assertiva entre equipe, incentivo à educação permanente e segurança do paciente.

## 26122 - PROTOCOLOS COMO ESTRATÉGIA PARA SEGURANÇA DO PACIENTE EM SERVIÇOS DE SAÚDE: REVISÃO DE ESCOPO

PÉTALA TUANI CANDIDO DE OLIVEIRA SALVADOR - ESCOLA DE SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, VILMA REJANE MACIEL DE SOUSA - ESCOLA DE SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, DAVI DA SILVA SANTOS - ESCOLA DE SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, KISNA YASMIN ANDRADE ALVES - ESCOLA DE SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, CLÁUDIA CRISTIANE FILGUEIRA MARTINS RODRIGUES - ESCOLA DE SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

**Introdução:** Os protocolos são instrumentos utilizados para a padronização sistemática de condutas assistenciais ou gerenciais, respaldando decisões de práticas específicas como estratégia para melhoria da qualidade do cuidado e segurança do paciente, cuja construção deve estar baseada em evidências científicas. Tendo em vista a essencialidade de conhecer os protocolos usados como instrumentos para enfrentar os possíveis eventos adversos decorrentes do cuidado, suas potencialidades, bem como os reveses a serem enfrentados para sua efetiva aplicação, traçou-se a seguinte questão de pesquisa: de que forma os protocolos têm sido utilizados como estratégia para segurança do paciente nos serviços de saúde? **Objetivo:** Mapear o uso dos protocolos como estratégia de segurança nos serviços de saúde. **Método:** Scoping review guiada pelas recomendações do Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual, realizada em cinco bases de dados a partir de estudos publicados na íntegra em língua portuguesa, espanhola e inglesa sobre a temática em questão. Excluiu-se a literatura cinzenta, editoriais, ensaios teóricos e revisões. Não foi aplicado limite temporal. **Resultados:** A amostra final contou com 64 estudos, predominantemente publicados a partir de 2013 (57; 89,1%), por autores médicos (35; 54,7%), no Brasil (26; 40,6%) e em ambientes hospitalares (54; 84,4%). Houve prevalência dos protocolos assistenciais (40; 62,5%) e, dos 29 temas identificados, o mais recorrente foi o relacionado à administração de medicamentos (10; 15,6%). Quanto aos benefícios decorrentes da aplicação dos protocolos nos serviços de saúde, destacaram-se: melhorar a prática clínica e a qualidade da assistência (22; 34,4%), melhorar os desfechos clínicos (19; 29,7%) e minimizar o risco de incidentes (18; 28,1%). Quanto aos desafios enfrentados para a utilização desses protocolos, identificou-se a necessidade de promoção de intervenção educativa, monitoramento e feedback (27; 42,2%), dificuldade de adesão aos protocolos (15; 23,4%) e sobrecarga de trabalho (12; 18,8%). **Conclusão:** Os protocolos têm sido usados como um elemento-chave para a segurança do paciente, embora haja um caminho a ser percorrido para fazer frente aos desafios que o uso desta ferramenta impõe. Verificou-se que o uso dos protocolos organizativos precisa ser fortalecido, uma vez que os riscos associados ao cuidado derivam de decisões assistenciais, clínicas e/ou gerenciais.

## 26091 - QUALIDADE DO CUIDADO E SEGURANÇA DO PACIENTE: OLHAR DE UMA EQUIPE DE PRONTO ATENDIMENTO

ELIZA KREITLOW LEMPKE - UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPIRITO SANTO, BRENDA WASHINGTON DA CRUZ SANTOS - UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPIRITO SANTO, TIFFANI MATOS OLIVEIRA - UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPIRITO SANTO, CARLA ADRIANA MARQUES - UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPIRITO SANTO, FLÁVIA BATISTA PORTUGAL - UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPIRITO SANTO

**Introdução:** Os serviços de saúde são instituições complexas, as quais prestam cuidados que podem ocasionar danos. Para minimizar tal situação, a discussão sobre qualidade do cuidado é imprescindível. Donabedian, grande nome na área da qualidade do cuidado, coloca que um cuidado de alta qualidade é aquele que visa maximizar o bem-estar do paciente, após considerar o balanço entre os ganhos e perdas esperados em todas as etapas do processo de cuidado (DONABEDIAN, 1990). As Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) foram implantadas no Brasil no ano de 2008, desde então, apresentam desafios em oferecer um cuidado de qualidade para a população. As UPAs funcionam 24 horas por dia e devem resolver os casos de baixa e média complexidade, estabilizar pacientes graves e possuir estrutura física, recursos humanos e tecnológico suficientes para o atendimento da população de sua área de abrangência (SILVA et al., 2012). Por isso são tão importantes para o sistema de saúde, tornando-se um ambiente propício para a ocorrência de eventos adversos. **Objetivo:** Conhecer a perspectiva sobre a qualidade do cuidado e a segurança do paciente de profissionais de saúde que atuam na unidade de pronto atendimento de um município do Espírito Santo (ES). **Método:** Trata-se de um estudo transversal, realizado em uma UPA do ES. Foram selecionados para participar da pesquisa profissionais de saúde que atuavam há pelo menos seis meses na instituição. Para a coleta de dados, utilizou-se instrumento elaborado pelas autoras, contendo questões fechadas referentes a dados socioeconômicos e demográficos, sobre qualidade do cuidado e segurança do paciente. O referido projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados:** Dos 43 profissionais pesquisados, 30,4% consideraram a qualidade do cuidado boa no serviço em questão, 67,4% razoável e 1% ruim. Apenas 8,7% dos profissionais não sabem o que é segurança do paciente e 63% conhecem os protocolos de segurança do paciente. Nos últimos 12 meses, 84,8% dos pesquisados não receberam qualquer capacitação sobre a temática. E, somente 2,2% respondeu que existe núcleo de segurança do paciente na instituição. **Conclusão:** Nota-se que ainda há desafios para a efetivação da segurança do paciente nas UPAs, sendo necessária capacitação dos profissionais sobre a temática.



## 26040 - QUALIDADE NO CUIDADO E DIREITOS DA GESTANTE E PARTURIENTE: BARREIRAS E DESAFIOS

JULYANA CÂNDIDO BAHIA - UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, CÍNTIA MARIA TANURE BACELAR ANTUNES - UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA, JANAÍNA VALADARES GUIMARÃES - UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

**Introdução:** A efetivação da garantia dos direitos da gestante e da parturiente tem como propósito a segurança da paciente e o seu bem-estar durante o pré-natal, trabalho de parto, parto e pós-parto, sendo assim algumas leis respaldam esses direitos afim de garantir a integridade física e a dignidade humana. Na prática clínica existem diversas barreiras e desafios que dificultam a implementação dos direitos e prestação de cuidados de qualidade. **Objetivo:** Investigar as principais barreiras e desafios na efetivação dos direitos da gestante e parturiente para melhoria da qualidade do cuidado. **Método:** Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, as buscas foram realizadas nas bases de dados Medline, Scielo, Lilacs, **Resultados:** A violência obstétrica é um dos eventos de maior notoriedade quando se trata de supressão dos direitos da parturiente, caracteriza-se pela negligência ou maus tratos pelos profissionais, incluindo violação dos direitos reprodutivos e a peregrinação por diversos serviços até que a mulher receba o atendimento necessário, além da aceleração do parto com fins de desocupar os leitos, sugerindo o despreparo dos profissionais para lidar com a gestante e a parturiente, além dos recursos insuficientes do sistema de saúde para comportar a gestante e o recém-nascido. Ainda, a falta de punição para o descumprimento da lei do acompanhante demonstra o quanto a sociedade ainda precisa de avanços. O plano de parto é uma diretiva antecipada de caráter legal de suma importância no processo parturitivo, sendo dever do enfermeiro auxiliar a gestante na elaboração desse documento que envolve cuidado e saber científico assim como respeito nas decisões, transmitindo segurança e conforto antes e durante o parto, por meio da tomada de decisões compartilhada. No entanto, no contexto da prática clínica, verifica-se um pré-natal de baixa qualidade, baixa adesão das pacientes ao pré-natal e a grande maioria das gestantes chegam na maternidade sem o plano de parto e com pouco conhecimento sobre o processo parturitivo e seus direitos. **Conclusão:** Os direitos da gestante e da parturiente ainda são transgredidos na prática clínica, comprometendo a segurança e a qualidade no cuidado. Avanços precisam ser realizados na educação permanente dos profissionais e na implementação de políticas direcionadas aos direitos da gestante e parturiente.

**26413 - REAVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE DE HOSPITAL PÚBLICO DE ENSINO**

ARMINDA REZENDE DE PADUA DEL CORONA - UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL, CARLA MOREIRA LORENTZ HIGA - HOSPITAL UNIVERSITARIO/UFMS/EBSERH, FLÁVIA ROSANA RODRIGUES SIQUEIRA - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO/UFMS/EBSERH, ARIANE MIRELLE GALVÃO - UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL

**Introdução:** A relevância conhecer a tendência da cultura de segurança do paciente na instituição avaliada, proporcionou parâmetros para a gestão de risco da área da qualidade e segurança do paciente, na revisão das metas e ações de segurança do paciente. **Objetivo:** Reavaliar a cultura de segurança do paciente compartilhada no HUMAP/UFMS/EBSERH, comparando com a avaliação realizada em 2017 neste hospital, e com resultados regionais e internacionais. **Método:** Trata-se de um estudo survey, transversal e comparativo de tendência dos resultados com abordagem qualitativa dos dados aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa/UFMS sob Parecer nº 4.065.020. A comparação dos resultados de pesquisa atual - 2020/21 com a pesquisa anterior aplicada em 2016/17, foi realizada pela ferramenta da Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), chamada de “hospitais de tendência”. O instrumento de coleta de dados utilizado foi questionário Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) da AHRQ (Sorra e Nieva, 2004) enviado online para 211 profissionais participantes de acordo com os critérios de inclusão/exclusão. A análise dos dados quantitativos foi pelo software Hospital Data Entry and Analysis Tool e os dados qualitativos pela técnica de Bardin. **Resultados e discussão:** A taxa de resposta geral foi de 78% (164 questionários elegíveis). Os resultados demonstram uma tendência de melhoria da cultura de segurança do paciente no HUMAP/UFMS/EBSERH, quando comparado com os resultados de 2017. A maioria das dimensões foram classificadas como área de pontos fortes ou positiva, pois apresentaram percentuais de repostas positivas acima de 50%. Mas na percepção dos profissionais a variável de resposta não punitiva ao erro (26%) ainda se apresenta como um ponto frágil na cultura de segurança na instituição. **Conclusões:** Essa tendencia de melhoria observada na cultura de segurança do paciente, deverá vir acompanhada do estabelecimento de melhorias no plano de ações e metas de segurança do paciente pelos líderes das unidades/áreas assistenciais, com vistas a implementar melhorias nas dimensões que ainda se apresentam com fragilidade.

## 26291 - RECOMENDAÇÕES PARA O MANEJO DE VIAS AÉREAS EM PACIENTES HOSPITALIZADOS NA PANDEMIA DE COVID-19

MAIQUELE SIRLEI DOS SANTOS SILVA - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO/ESCOLA DE ENFERMAGEM - EEUSP, MARISTELA SANTINI MARTINS - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO/ESCOLA DE ENFERMAGEM - EEUSP, DANIELA CAMPOS DE ANDRADE LOURENÇÃO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO/ESCOLA DE ENFERMAGEM - EEUSP, RAFAEL RODRIGO DA SILVA PIMENTEL - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO/ESCOLA DE ENFERMAGEM - EEUSP, JANINE MELO DE OLIVEIRA - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO/FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA, ROBERTO CHRISPIM MODESTO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO/ESCOLA DE ENFERMAGEM - EEUSP

**Introdução:** O SARS-COV- 2, causador da COVID-19, é altamente transmissível, com maior carga viral encontrada em secreções das vias aéreas superiores; pode evoluir ao quadro de insuficiência respiratória, levando a necessidade de abordagem das vias aéreas e elevando o risco de contágio.

**Objetivo:** Mapear as recomendações para o manejo de vias aéreas seguro em pacientes hospitalizados no contexto da pandemia de COVID-19. **Método:** Revisão do escopo elaborada conforme o método do Joanna Briggs Institute. Foram consultadas sete bases de dados, uma plataforma de literatura cinza e doze sites oficiais de instituições de referência em saúde; incluiu-se publicações desde 2020, em qualquer idioma. Os termos utilizados foram “Segurança do Paciente”, “Hospitalização”, “COVID-19” e suas variações. A leitura dos estudos e extração de dados foi realizada por pares de revisores independentes. Os resultados foram analisados através da análise de conteúdo. **Resultados:** 125 documentos foram incluídos. O manejo das vias aéreas requer a elaboração de medidas preventivas da disseminação de aerossóis e que garantam uma abordagem segura e eficaz. É recomendado orientar a prática de etiqueta respiratória ao paciente e o uso de máscara. A ventilação não invasiva deve ser evitada, se imprescindível, utilizá-la em sala de isolamento apropriada. Pacientes em ventilação invasiva e não invasiva precisam ser separados. Terapias de nebulização e ventilação com bolsa-valva-máscara devem ser evitadas, se inevitável, fixar a máscara corretamente. Deve-se utilizar filtro de ar particulado de alta eficiência (HEPA/Heat and Moisture Exchanger - HME) em sistemas fechados de ventilação. Recomenda-se que a manipulação das vias aéreas, principalmente durante intubação e extubação seja realizada em sala com pressão negativa, de preferência pelo profissional mais experiente utilizando o método de sequência rápida e os EPI recomendados. Orienta-se uso de anestesia local/regional, sedação ou geral de curta duração. Pacientes suspeitos ou confirmados em deterioração clínica devem ser submetidos à intubação precoce. **Conclusão:** Devido à alta transmissibilidade do SARS-COV- 2 o manejo das vias aéreas deve ser realizado de forma cautelosa, seguindo padrões estabelecidos pela comunidade científica e garantindo a segurança dos pacientes e profissionais.

## 26407 - REDESENHO GERENCIAL DO PROCESSO EDUCATIVO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM EM HOSPITAL PEDIÁTRICO DE NÍVEL TERCIÁRIO

AMPARITO DEL ROCÍO VINTIMILLA CASTRO - INSTITUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA/UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - FMUSP, ANA PAULA ALMEIDA - INSTITUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP, ANA PAULA FRAGA - INSTITUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP

**Introdução:** As constantes mudanças no mercado de trabalho, o avanço tecnológico e a necessidade de profissionais cada vez mais qualificados e habilitados tornam-se requisitos para assegurar maior e melhor qualidade nos resultados da assistência aos clientes, para garantir a segurança do paciente e do próprio profissional. **Objetivo:** Descrever a experiência de redesenho de um programa educativo dirigido a profissionais de enfermagem ingressantes em hospital-escola pediátrico de nível terciário da cidade de São Paulo. **Método:** Relato de experiência realizado em hospital escola de nível terciário, destinado a 237 profissionais, sendo 131 enfermeiros e 106 técnicos ingressantes, de janeiro de 2010 a dezembro de 2017. Fundamentou-se à luz dos conceitos de gerenciamento do conhecimento de Nonaka, teoria da construção do conhecimento. Baseia-se em quatro fases conhecidas como Socialização, Externalização, Combinação e Internalização que possibilitam a mudança dos conhecimentos. Na Socialização foi aplicado acolhimento e descontração dos participantes, realizando roda de conversa, expectativas, conhecimento da instituição. Na Cominação aplicou-se pré-testes resultado da experiência dos profissionais que trabalham no setor de educação. Este pré-teste continha assuntos relacionados a prevenção de infecção, cuidado limpo é cuidado seguro com a higienização das mãos, cálculo e diluições de medicamentos, comunicação eficaz, infusão de sangue e hemocomponentes, manipulação de cateteres, conexões e conectores, cateterismo enteral, prevenção de quedas, passos para a segurança na administração de medicamentos e perguntas sobre segurança do paciente segundo o Ministério de Saúde. Na Externalização, os novos conhecimentos para a prática segura do paciente pediátrico foram aplicados na teoria e na prática. **Resultados:** Os profissionais apontaram satisfação com o acolhimento diferenciado e relataram sentimento de segurança para iniciar as atividades nas unidades para prestarem assistência de qualidade em pediatria. Houve diferenças relevantes das medias das notas entre os pré e pós-testes. Dos enfermeiros, a comunicação efetiva atingiu 4,7 e 7,9; prevenção de infecção 6,5 e 9,6; cálculo de medicamentos 3,4 e 8,9; segurança do paciente 6,5 e 9,5. Os técnicos de enfermagem atingiram as notas dos pré e pós-testes das anotações de enfermagem, 4,4 e 8,0; prevenção de infecção, 5,7 e 9,7; cálculo de medicamentos 3,7 e 8,2 e, segurança do paciente 3 e 8,1. **Conclusões:** O redesenho do programa de capacitação em hospital pediátrico de nível terciário evidenciou eficácia e maior envolvimento dos profissionais ingressantes. O processo sistematizado para treinamento auxilia nas necessidades educativas de saúde relacionadas a segurança do paciente. Adotar práticas de acolhimento e valorização do profissional ingressante contribui para o atendimento das necessidades educativas e organizacionais sem esquecer o aspecto humano.

**26138 - RELATO DE EXPERIENCIA: AÇÃO EDUCATIVA EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

NICOLLE DA COSTA FELÍCIO - UERJ, CATARINA DUPRET VASSALLO DE ABREU – UNIVERSIDADE ESTADUAL DO RIO DE JANEIRO - UERJ, THAYSA MARIA VICTORIA CLEMENTE MACHADO - UERJ, LUANA FERREIRA DE ALMEIDA - UERJ, ABILENE NASCIMENTO GOUVEA - UERJ, ANA LÚCIA FREIRE LOPES – UERJ

**Introdução:** Trata-se de um relato de experiência desenvolvido por um projeto de extensão e executado durante o período pandêmico a fim de estreitar a comunicação entre a equipe de enfermagem e pacientes, familiares e acompanhantes, a partir do desenvolvimento de ações educativas relacionadas à temática de segurança do paciente, na maternidade de um hospital universitário. A partir do desafio de estimular a prática do autocuidado em pacientes, eu associada ao cuidado desenvolvido pelos profissionais com vistas à recuperação e a alta hospitalar, foi distribuído material educativo impresso e adesivos com os temas relacionados às metas de segurança do paciente. **Objetivos:** Sensibilizar pacientes, familiares e acompanhantes quanto as metas internacionais de segurança do paciente. Estimular o autocuidado desenvolvido pelos pacientes. **Descrição da execução:** A ação educativa foi desenvolvida na maternidade de um hospital universitário e estendida para as outras enfermarias do hospital, com a participação de 3 acadêmicas de enfermagem e 2 enfermeiras. O material educativo continha orientações em folhetos ilustrados sobre as seis metas de segurança do paciente com foco na prevenção de quedas e lesões por pressão para o paciente durante a internação. Outros temas abordados no material educativo versavam sobre alta hospitalar, visitação e guia de internação. Os instrumentos educativos foram disponibilizados pelo Hospital Moinho de Ventos a partir da participação do hospital do estudo no Projeto PROADI-SUS. **Análise crítica dos resultados:** A ação educativa propiciou uma maior aproximação com pacientes, familiares e acompanhantes quando foi possível reforçar orientações e tirar dúvidas sobre o seu próprio cuidado. Não foi possível avaliar resultados relacionados ao autocuidado do paciente considerando a limitação da equipe para a continuidade do cuidado em domicílio. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** A ação educativa contribuiu para estreitar a relação da equipe com os pacientes, acompanhantes e familiares, além de estimular a prática do autocuidado nos pacientes a partir do conhecimento das metas de segurança do paciente. A ação reforça a importância da participação do paciente, acompanhantes e familiares na segurança do paciente durante o período hospitalar e no ambiente domiciliar e a necessidade de manter sistematicamente ações educativas de diferentes naturezas.

Descritores: Autocuidado; Educação em Saúde; Segurança do Paciente.

Existência de financiamentos: Parceria realizada com o Hospital Moinhos de Vento e Hospital Universitário Pedro Ernesto, via PROADI-SUS, Ministério da Saúde e Governo Federal.

**26087 - SEGURANÇA DO PACIENTE E ERRO DE MEDICAÇÃO NO CUIDADO AO ADULTO E IDOSO: REVISÃO INTEGRATIVA**

EMELLEN FREZ MUNIZ - ACADÊMICA DE ENFERMAGEM, UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, INGRID LUCHESE - ACADÊMICA DE ENFERMAGEM, UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, IASMYM ALVES DE ANDRADE SOARES - ACADÊMICA DE ENFERMAGEM, UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, MAITHÊ DE CARVALHO E LEMOS GOULART - PROFESSOR ADJUNTO DO DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM, UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, FERNANDA GARCIA BEZERRA GÓES - PROFESSOR ADJUNTO DO DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM, UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, FERNANDA MARIA VIEIRA PEREIRA ÁVILA - PROFESSOR ADJUNTO DO DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM, UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE (RJ)

**Introdução:** Os erros de medicação consistem em um problema de saúde pública, passíveis de serem evitados e potencialmente causadores de danos graves ou irreversíveis ao paciente, podendo ser encontrados em diferentes etapas da terapia medicamentosa, seja na prescrição, distribuição, administração do medicamento ou no registro. Neste sentido, a segurança do paciente adulto ou idoso na terapia medicamentosa é uma preocupação constante e busca a redução dos danos desnecessários, além da aplicação de boas práticas baseadas em evidências. **Objetivo:** Descrever a produção científica acerca da segurança do paciente e erro de medicação no cuidado ao adulto e idoso. **Método:** Revisão integrativa de literatura, referente aos anos de 2018 a 2022, cujas buscas foram realizadas em maio de 2022, em quatro recursos informacionais: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE); Scientific Electronic Library Online (SciELO); Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL); e Web of Science. A questão da pesquisa foi: “O que tem produzido na literatura sobre a segurança do paciente e os erros na terapia medicamentosa no cuidado ao adulto e idoso?” **Resultados:** 17 (100,0%) estudos compuseram a amostra final, sendo quatro provenientes da MEDLINE, nove da Web of Science, dois da SciELO e dois da CINAHL. Três (17,6%) artigos foram publicados em 2018, quatro (23,5%) em 2019, dois (11,7%) em 2020 e os demais (47,0%) no ano de 2021. Os estudos elencaram metodologias para a prevenção do erro, como a análise fotográfica, uso do Qr Code para acesso rápido à informação, implementação de guia de medicamentos e prontuário eletrônico. As principais causas dos erros são: falta de checagem após a administração, sendo este o erro mais frequente; diluição incorreta; assepsia inadequada; troca da medicação; falta de capacitação; rotulagem inadequada; iluminação inadequada do ambiente; aprazamento desorganizado da medicação e; sobrecarga de trabalho. **Conclusão:** Os achados revelaram que os erros de medicação podem advir da falta de organização no processo e no ambiente de trabalho e das fragilidades no conhecimento dos profissionais de saúde. A síntese das evidências pode servir como instrumento de prevenção do erro de medicação, oferecendo ainda uma gama de metodologias eficazes que promovem a segurança do paciente na terapia medicamentosa em adultos e idosos.

**26351 - SEGURANÇA DO PACIENTE E OBSTETRÍCIA: UM ESTUDO BIBLIOMÉTRICO**

THAIS DE MORAIS VIEIRA - UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL, FERNANDO ROBERTO MORAES - UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL, PATRICIA DE GASPERI - UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL (RS)

**Introdução:** Mundialmente o tema segurança do paciente vem se tornando parte fundamental dos processos relacionados à melhoria da qualidade assistencial. A segurança do paciente no contexto materno e neonatal é de fundamental importância tendo em vista o número de pacientes envolvidos e o potencial de eventos adversos que podem surgir no processo assistencial. **Objetivo:** Caracterizar as produções científicas sobre segurança do paciente e obstetrícia. **Método:** Estudo bibliométrico realizado na base de dados PubMed, utilizando os descritores “segurança do paciente” e “obstetrícia” e operador booleano “and”. Foram utilizados os filtros: textos completos e gratuitos, idioma português e publicações nos últimos 10 anos. Após a pesquisa, foram encontrados 5 artigos. Foi realizada leitura de título e resumo e todos estavam de acordo com a temática. Os dados foram analisados e categorizados em Excel. **Resultados:** Foram encontrados um total de 5 artigos com uma publicação nos anos de 2015, 2018 e 2021 e duas publicações no ano de 2020. Quanto ao método, 2 artigos aplicaram questionários validados, 2 eram estudos transversais e 1 estudo qualitativo descritivo. Quanto à temática, 3 deles abordaram a cultura de segurança do paciente nos serviços de saúde e 2 relacionaram segurança do paciente ao parto seguro e boas práticas no nascimento. Referente aos autores, apenas um artigo teve como autor o profissional médico (n=3) além de enfermeiros, nos demais artigos os autores eram enfermeiros (n=3), mestres (n=4) e doutores (n=14) em enfermagem. **Conclusão:** Identificar a cultura de segurança do paciente nas organizações é fundamental para implementação de melhorias e redução de danos relacionados à assistência. A enfermagem é a classe mais presente nos hospitais e podemos associar isso há a prevalência de autores enfermeiros nos estudos. No contexto do parto, que apesar de ser um evento fisiológico e preservado o protagonismo da mulher, tem-se utilizado práticas desnecessárias e sem evidências, favorecendo apenas os profissionais da assistência. Ambos os temas são de grande relevância e apesar de estarem em evidência nos últimos anos ainda carecem de mais publicações para qualificar a prática profissional nas instituições de saúde.

Referência:

Serviços de atenção materna e neonatal: segurança e qualidade. Brasília, ANVISA, 2014.

## 26378 - SEGURANÇA DO PACIENTE E PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

MIKAELLE FERNANDES MARQUES - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, LIDYANE PARENTE ARRUDA - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

**Introdução:** A Lesão por pressão (LPP) é definida como áreas de morte tissular, essas LPP são consideradas eventos adversos (EAs) e se inserem no contexto da segurança assistencial por serem evitáveis, assim, entende-se que, quando são recorrentes, indicam déficit da qualidade assistencial (SOUZA et al., 2020). No contexto da Atenção Primária a Saúde (APS) tanto a prevenção quanto o tratamento das LPP devem ser realizados pelos profissionais durante os cuidados domiciliares (DINIZ et al., 2014). **Objetivo:** Identificar na literatura as intervenções de enfermagem para segurança do paciente na prevenção de Lesão Por Pressão em pacientes acamados da Atenção Primária a Saúde. **Metodologia:** trata-se de uma revisão integrativa que tem a questão norteadora: Como a literatura aborda as intervenções de enfermagem na prevenção de LPP em pacientes acamados da Atenção Primária a Saúde? Para responder foi realizada busca da produção científica nas bases de dados LILACS, BDENF, MEDLINE, SCOPUS, CINAHL, SciELO, empregando os descritores ulcera por pressão, atenção primária a saúde, segurança do paciente, bem como, pressure ulcers, primary health care, patient safety. Aplicou-se como critérios de inclusão: artigos em português, inglês e espanhol, publicados nos últimos dez anos (2011 a 2020), foram excluídos artigos que não estavam disponíveis completos, duplicados, ou que não condiziam com a temática. **Resultados:** Obteve-se 423 publicações, que após aplicar os critérios de inclusão e exclusão resultaram em 10 artigos, que respondiam a pergunta norteadora. Após análise das publicações, foi verificado que os cuidados utilizados pela atenção primária para prevenção de lesão por pressão se trata de conforto físico e nutricional, uso de coberturas para curativo, operacionalização da sistematização da assistência de enfermagem, educação em saúde com o cuidador e a utilização de escalas para identificar o risco de desenvolver lesões. **Conclusão:** Apesar da temática segurança do paciente na prevenção de lesão por pressão ser um assunto de grande relevância para a saúde, pouco se é discutido quando se refere a assistência na APS. Esta pesquisa colaborou para a sistematização das intervenções para prevenir e diminuir os riscos de LPP, visto que, ao se constatar os cuidados realizados, torna-se mais simples sistematizar as ações de enfermagem para a prevenção e segurança do paciente.



## 26034 - SEGURANÇA DO PACIENTE EM SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

SÁVIA APARECIDA MEREGUETTE - UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO (UFES), CARLA ADRIANA MARQUES - UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO (UFES), KÉSIA ALVES GOMES ROSETTI - UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO (UFES), FLÁVIA BATISTA PORTUGAL - UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO (UFES)

**Introdução:** A segurança do paciente é tema relevante para saúde, já que visa evitar riscos e eventos adversos (EA) em os níveis de atenção. A maior parte dos estudos de segurança do paciente são desenvolvidos no ambiente hospitalar, entretanto, é de fundamental importância a realização de estudos sobre segurança nos serviços de urgência e emergência. Os serviços de urgência e emergência, como prontos-socorros hospitalares e Unidades de Pronto Atendimento (UPA's), são ambientes desafiadores, dinâmicos e propensos aos eventos adversos. **Objetivo:** Analisar a produção científica sobre a segurança do paciente em serviços de urgência e emergência. **Metodologia:** Revisão integrativa da literatura com levantamento bibliográfico realizado em outubro de 2020 por meio das bases de dados IBECs, BDNF, LILACS, MEDLINE e Web of Science. **Resultados:** A amostra final resultou em 43 artigos, que foram elencados em quatro eixos temáticos, I) segurança do paciente nos serviços médicos de emergência pré-hospitalar adulto; II) segurança do paciente nos serviços médicos de emergência pré-hospitalar infantil e neonatal; III) segurança do paciente em pronto-socorro hospitalar e IV) segurança do paciente em UPA's. Os assuntos mais abordados nas pesquisas foram EA relacionados aos atendimentos de urgência e transporte, cultura de segurança, EA relacionados a medicamentos, intervenções que visam melhorar a segurança do paciente, estresse, ansiedade e burnout dos profissionais, segurança percebida pelo paciente e falhas na comunicação. Estudos realizados por análise de notificações de incidentes evidenciaram que a segurança foi comprometida em grande parte dos processos de trabalho, sendo os incidentes evitáveis em sua maioria. Apontaram também grandes barreiras baseadas no medo do autorrelato de incidentes pelos profissionais. **Conclusão:** Os estudos apontaram que o não cumprimento de ações básicas relativas à segurança do paciente expõe os usuários a EA evitáveis. As publicações demonstram que as pesquisas sobre segurança do paciente em serviços de urgência e emergência ainda são incipientes. Evidencia-se que poucos foram os estudos realizados no Brasil, principalmente para UPA's.

**26035 - SEGURANÇA DO PACIENTE: ANÁLISE DA PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UM HOSPITAL DE ENSINO**

GILCIANE BOLZAN WANSING - ENFERMEIRA HOSPITAL SANTA CRUZ, MESTRANDA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MISTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM PELA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE (UFCSPA), PORTO ALEGRE (RS), BRASIL, ADÁLIA PINHEIRO LOUREIRO - ENFERMEIRA DO HOSPITAL SANTA CRUZ, ESPECIALISTA EM QUALIDADE EM SAÚDE E SEGURANÇA DO PACIENTE PELA FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ - ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA (FIOCRUZ - ENSP), RIO DE JANEIRO (RJ), BRASIL, FERNANDA SOUZA COIMBRA - ENFERMEIRA DO HOSPITAL SANTA CRUZ, SANTA CRUZ DO SUL (RS), BRASIL, FRANCIELI ESTER MULLER - ENFERMEIRA HOSPITAL VALE DO SOL, MESTRANDA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MISTRADO EM ENFERMAGEM PELA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA (UFSM), SANTA MARIA (RS), BRASIL, ROCHELE MOSMANN MENEZES - FARMACÊUTICA CLÍNICA HOSPITAL SANTA CRUZ E DOUTORANDA DO PROGRAMA STRICTO SENSU MISTRADO E DOUTORADO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE – UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL (UNISC), SANTA CRUZ DO SUL (RS)

**Introdução:** A segurança do paciente é uma das prioridades nas instituições de saúde, porém, para a sua efetividade é fundamental a participação e o comprometimento de todos os profissionais envolvidos nessa jornada.<sup>1</sup> O conhecimento e a sensibilização dos profissionais sobre a importância das práticas assistenciais seguras são primordiais para que haja a disseminação das ações e a cultura de segurança.<sup>2</sup> **Objetivo:** Analisar a percepção dos profissionais de saúde referente à segurança do paciente. **Método:** Estudo descritivo, transversal, quantitativo, realizado em hospital de ensino do interior do Estado do Rio Grande do Sul. Os dados foram coletados através de um questionário aplicado pela plataforma Google Forms e analisados no Statistical Package for the Social Sciences. **Resultados:** Participaram 189 profissionais das áreas assistenciais, destes, 154 (81,5%) do sexo feminino, 65 na faixa etária de 30 à 39 anos (36%), seguido de 63 na faixa de 18 a 29 anos (34,4%); 76 profissionais (40,2%) atuam na instituição entre 1 e 5 anos. Todos os 189 (100%) afirmaram saber sobre a segurança do paciente, 183 (81,5%) relataram estar realizando movimentos para melhorar a segurança do paciente, 163 (86,2%) afirmam que os erros evidenciados influenciam em mudanças positivas, 9 (4,8%) responderam que não e 17 (9,0%) que não se aplica (N/A). Quanto aos problemas relacionados à segurança do paciente, 116 (61,4%) afirmaram que os problemas existem, destes, 64 (33,9%) negam a ocorrência. A respeito da realização de notificações, 164 (86,8%) relataram notificar, 13 (6,9%) não notificam. Acerca da punição pelos erros, 64 (33,9%), disseram que os erros são usados contra o profissional, no entanto, 110 (58,2%) relataram que não. Quanto ao conhecimento sobre o Núcleo Interno de Gerenciamento de risco e segurança do paciente, 136 (72%) conhecem e 53 (28%) desconhecem. Em relação à reflexão e avaliação dos profissionais acerca das ações de segurança do paciente desenvolvidas institucionalmente, 170 (89,9%) consideram bom, 10 (5,3%) ruim e 9 (4,8%) não souberam opinar. **Conclusão:** A percepção dos entrevistados foi positiva sobre a segurança do paciente, entretanto, percebe-se a falta de conhecimento sobre os problemas relacionados à segurança e o receio da punição. Fatores a serem desenvolvidos através de ações de educação, permitindo o fortalecimento da cultura da segurança do paciente.

**26054 - SEGURANÇA NO APRAZAMENTO E PREPARO DE MEDICAMENTOS EM PEDIATRIA: UM OLHAR MULTIPROFISSIONAL**

GIOVANA ELY FLORES - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, SAMANTHA ZAMBERLAN - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, GABRIELA WINGERT NUNES - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, DAIANE MARQUES DURANT - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, MERIANNY DE AVILA PERES - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, MARIA ISABEL DE SOUZA CARTAGENA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

**Introdução:** A segurança do paciente é uma premissa da qualidade do cuidado em saúde. Em 2017, a Organização Mundial da Saúde lançou o terceiro Desafio Global de Segurança do Paciente com ênfase ao tema “Medicação sem danos”, objetivando reduzir em 50%, os danos graves e evitáveis relacionados aos medicamentos nos próximos cinco anos, por meio de sistemas de saúde mais seguros e eficientes<sup>1</sup>. No contexto pediátrico, as peculiaridades relacionadas a variabilidade de faixas etárias assistidas, as fases de desenvolvimento e a farmacocinética das drogas podem impactar no processo medicamentoso tornando-o mais inseguro<sup>2</sup>. **Objetivo:** Relato de experiência da ação educativa para profissionais da enfermagem de unidades pediátricas abertas, com foco no aprazamento e preparo seguro de medicamentos conforme padrão institucional. **Descrição da execução:** Com base nos indicadores assistenciais, as lideranças de enfermagem das unidades em parceria com a farmacêutica clínica e serviço de educação em enfermagem, propuseram estratégia educativa contemplando as etapas do aprazamento, biodisponibilidades dos fármacos e padrão de administração de medicamentos. As capacitações ocorreram no turno inverso do horário de trabalho, com carga horária de 1 hora, conteúdo teórico-prático, envolvendo desde a prescrição médica, leitura e interpretação, aprazamento e barreiras de segurança em todas as etapas até a administração. Foram contemplados todos os turnos de trabalho. **Análise crítica dos resultados:** Nos 10 encontros realizados, houve a participação ativa dos profissionais, possibilitando a interação entre as unidades, farmácia-enfermagem e problematização do processo de trabalho com foco no aprazamento e administração seguros. Os participantes contribuíram com sugestões de melhorias e relatos de situações vivenciadas no cenário da prática, constituindo 19 itens pontuados para revisão do processo e questões relativas aos medicamentos e atendimento do padrão esperado. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** Considerando a complexidade do cuidado à criança no processo medicamentoso, é fundamental a coesão assistencial entre as equipes, por meio de ações educativas de forma permanente e multiprofissionais, em que haja escuta e troca de experiências, no intuito de qualificar ainda mais a assistência ao paciente pediátrico.

**25994 - TRANSIÇÃO DO CUIDADO PARA ALTA SEGURA DO RECÉM-NASCIDO DA UNIDADE NEONATAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

LÊDA LIMA DA SILVA - UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PARÁ, ANDERSON BENTES DE LIMA - UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PARÁ, LAUANY SILVA DE MEDEIROS - UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PARÁ, PAMELA DE CÁSSIA NAZARETH GOMES SILVA - FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MARABÁ, NATHÁLIA MENEZES DIAS - UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PARÁ

**Introdução:** No contexto da assistência da saúde neonatal, a família é compreendida como parte integrante do cuidado ao Recém-Nascido (RN), precisando estar inserida em todo o processo. Recomenda-se a incorporação de ferramentas para boas práticas no que tange favorecer a efetividade da comunicação e o gerenciamento da transição do cuidado ao paciente de modo seguro em outros cenários assistenciais. **Objetivo:** Relatar a experiência de uma enfermeira sobre a criação de uma tecnologia do tipo ficha para transição do cuidado do recém-nascido. **Materiais e métodos:** Trata-se de um relato de experiência do tipo descritivo com abordagem qualitativa, sobre a vivência de uma enfermeira de uma unidade neonatal do Hospital Regional de Tucuruí (HRT) no interior do estado do Pará sobre a criação de um instrumento do tipo tecnologia para transferência de cuidados para alta do recém-nascido da unidade para o ambulatório de alto risco de puericultura. **Resultados:** Diante disso as enfermeiras da unidade neonatal idealizaram uma ferramenta que pudesse registrar o sumário de alta do neonato para uma transferência de cuidado seguro e fortalecimento das informações entre profissionais da unidade, pais e a equipe do ambulatório de alto risco possuía dados como: tempo de internação, uso de medicamentos, oxigenoterapia, medidas antropométricas na admissão e no dia da alta, testes de triagem neonatal realizados e vacinas e quais vacinas e testes que não foram realizados. Observou-se que após a implantação da tecnologia fortaleceu toda a equipe quanto ao processo de alta do recém-nascido de risco atentando para alta segura e os pais com informações que antes eram repassadas verbalmente que dependendo do grau de escolaridade poderia compreender ou não alguma informação e acabaria esquecendo e com o instrumento em mãos ficaria mais fácil para o profissional que iria realizar a consulta com todas informações necessárias para realização de uma consulta ao neonato baseado no seu contexto histórico de internação. Nesse sentido, os resultados foram interpretados observando a experiência da profissional, no qual, mostra o fortalecimento para alta do recém-nascido, para segurança do cuidado entre equipe, família e ambulatório de puericultura de alto risco. **Conclusão:** Durante o processo de alta observar-se que os pais vivenciam a emoção de receber o recém-nascido e com incertezas do cuidado, e acaba não absorvendo alguma informação durante o processo de orientações pós alta do mesmo, seja quanto aos cuidados ou o seguimento do mesmo. Com a introdução do instrumento de sumário de alta do recém-nascido o mesmo possui em mãos informações que podem ser consultadas tanto por eles como a equipe que irá receber para seguimento do processo de crescimento e desenvolvimento do mesmo fortalecendo vínculos.

## 26267 - USO DE MEDICAMENTOS POR MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE SOB A ÓTICA DA SEGURANÇA DO PACIENTE

CARINA CARVALHO SILVESTRE - DEPARTAMENTO DE FARMÁCIA, INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA VIDA, UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA CAMPUS GOVERNADOR VALADARES, RENATA APARECIDA DE LIMA RIBEIRO - DEPARTAMENTO DE FARMÁCIA, INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA VIDA, UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA CAMPUS GOVERNADOR VALADARES, ISADORA LULIO - DEPARTAMENTO DE FARMÁCIA, INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA VIDA, UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA CAMPUS GOVERNADOR VALADARES, MARIA EMÍLIA MARTINS MAZONI DE MIRANDA - DEPARTAMENTO DE FARMÁCIA, INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA VIDA, UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA CAMPUS GOVERNADOR VALADARES, LETÍCIA GUEDES MORAIS GONZAGA DE SOUZA - DEPARTAMENTO DE FARMÁCIA, INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA VIDA, UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA CAMPUS GOVERNADOR VALADARES, MARA LUIZA DE PAIVA DOMINGUES - PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS, UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL-REI CAMPUS CENTRO-OESTE DONA LINDU (MG)

**Introdução:** O acesso à saúde com qualidade e segurança são direitos de todas as pessoas, incluindo as pessoas privadas de liberdade (PPL). Apesar da alta ocorrência de agravos à saúde e consequente uso de medicamentos serem comuns entre as PPL, esta população ainda é considerada negligenciada no que concerne a segurança e cuidado referente à utilização de medicamentos.

**Objetivo:** Analisar a utilização de medicamentos por PPL de uma instituição prisional feminina localizada em um município do leste de Minas Gerais. **Métodos:** Estudo transversal, realizado em três etapas: análise documental dos registros médicos presentes na instituição, análise dos prontuários clínicos da unidade de saúde onde as prisioneiras recebiam atendimento e aplicação individual de um questionário semiestruturado. A coleta ocorreu entre junho de 2020 e junho de 2021, seguindo as recomendações sanitárias devido a pandemia de COVID-19. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva e este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa sob o parecer nº 4.134.215. **Resultados:** Foram analisados os dados de 37 mulheres que faziam uso de medicamentos, correspondendo as duas primeiras etapas do estudo. Destas, 17 (45,9%) responderam os questionários. A média de idade foi 40 anos (mínima: 23, máxima: 64). Quanto à etnia-racial, 12 mulheres (70,6%) se autodeclararam pardas, três (17,7%) negras e duas (11,8%) brancas. O número total de medicamentos utilizados foi 56, sendo a amitriptilina a mais prevalente, utilizado por 8 (14,3%), seguido da losartana 6 (10,8%) e do clonazepam 5 (8,9%). Foram analisados 36 prontuários clínicos presentes na unidade de saúde e destes apenas 15 (41,6%) possuíam informações sobre o uso de medicamentos, sendo estes apenas o nome do medicamento e a posologia. Das 17 mulheres que responderam ao questionário, 15 (88,2%) afirmavam usar medicamentos de modo contínuo, 12 (70,6%) ter iniciado o uso de medicamentos após o encarceramento e 9 (52,9%) afirmaram já ter ficado sem medicamento durante a estadia na prisão.

**Conclusão:** Os dados apontaram elevado uso de medicamentos por esta população, em especial de psicotrópicos. Ademais, lacunas nos registros sobre esta utilização aliadas às falhas na garantia de acesso ao tratamento podem comprometer à qualidade da assistência prestada bem como a segurança no uso de medicamentos no cárcere.

**26448 - UTILIZAÇÃO DO HEALTHCARE FAILURE MODE AND EFFECT ANALYSIS NA VERSÃO BRASILEIRA (HFMEA-B): RELATO DE EXPERIÊNCIA**

THIANA SEBEN PASA - PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL - PUCRS, JANETE DE SOUZA URBANETTO - PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL - PUCRS, TÂNIA SOLANGE BOSI DE SOUZA MAGNAGO - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - UFSM, ROOSI ELOIZA BOLZAN ZANON - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA - HUSM/EBSERH, TATIANA ROSSINE LORENSI - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA - HUSM/EBSERH, MARCIELLE VILAVERDE MOUTINHO CEROLINI - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA - HUSM/EBSERH (RS)

**Introdução:** O HealthCare Failure Mode and Effect Analysis (HFMEA) é um método que propõe analisar riscos, relacionados a processos assistenciais de forma proativa <sup>(1-2)</sup>. O método foi adaptado transculturalmente para o Brasil sendo denominado HFMEA-B3. **Objetivo:** Relatar a experiência da aplicação do HFMEA-B na etapa do pré-teste da adaptação transcultural para análise do processo Aplicação da Morse Fall Scale (MFS-B) em pacientes adultos hospitalizados. **Descrição da execução:** O grupo denominado HFMEA-B, foi composto por cinco enfermeiras do Núcleo de Segurança do Paciente do Hospital Universitário de Santa Maria – HUSM/EBSERH envolvidas no processo de utilização da MFS-B. Ocorreram sete encontros entre setembro e outubro de 2021, norteados pelas etapas propostas pelo método <sup>(1-2)</sup>. Este trabalho faz parte de uma parceria entre Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul e a Universidade Federal de Santa Maria e iniciou após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM (parecer nº 3.920.826). **Análise crítica dos resultados:** No primeiro encontro foi apresentado o HFMEA-B e definiu-se o processo a ser analisado e a função de cada membro dentro da equipe HFMEA-B. Apenas um dos profissionais conhecia o método. Após definição do fluxo, foram listadas os Modos de Falha e das Causas dos Modos de Falha, porém a equipe precisou retomar a definição desses itens, presentes no material adaptado do método, por dificuldades em identificar o que cada conceito abrangia. Após, seguiu-se a etapa da Análise de Risco e por fim, iniciou-se a etapa das definições das condutas a serem tomadas, a partir da Análise de Riscos. Ao término, foi apresentado o produto das discussões, compilado em um relatório e encaminhado à chefia do setor, para concordância das ações propostas. Ressalta-se que durante as construções, por vezes tiveram que ser retomados conceitos, rediscutidos modos de falhas e redefinido ações. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** Observou-se a importância de compreender as nomenclaturas propostas pelo HFMEA-B, afim de otimizar as discussões. Também, observou-se a importância de inserir profissionais assistenciais na elaboração e análise dos processos, o que repercutiu diretamente na cultura da instituição e melhorou a adesão dos profissionais na utilização da MFS-B.

## 26243 - VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO PARA MONITORAMENTO DA REALIZAÇÃO DO CURATIVO DE CATETER VENOSO CENTRAL

LUCIANA GUIMARÃES ASSAD – UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UERJ, BISMARCK LIANDRO DE FREITAS - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UERJ, SILVIA MARIA DE SÁ BASÍLIO LINS - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UERJ, LUANA FERREIRA DE ALMEIDA - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UERJ, VANESSA GALDINO DE PAULA – UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UERJ

**Introdução:** A infecção primária de corrente sanguínea, é a mais prevalente nas Unidades de Terapia Intensiva e constantemente relacionada ao uso do cateter venoso central. A validação de um instrumento para monitorar a adesão às boas práticas no manuseio do curativo do cateter venoso central, permite uma assistência segura. **Objetivo:** Validar um instrumento de monitoramento para a realização do curativo do cateter venoso central pela equipe de enfermagem. **Método:** Estudo metodológico de validação de conteúdo, tendo como juízes enfermeiros da Unidade de Terapia Intensiva de um hospital Universitário localizado no Rio de Janeiro. Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, Parecer nº4.747.146. A validação dos 10 itens do instrumento ocorreu entre fevereiro a abril de 2022, e foi elaborado segundo recomendações de Órgãos Governamentais e Protocolo Institucional, relacionados as boas práticas no manuseio do curativo do cateter venoso central. Para análise da validade de conteúdo, cada item da primeira versão do instrumento foi apreciado pelos juízes, utilizando a Escala de Likert. O Índice de Validade de Conteúdo calculado a partir da média do número de respostas. A taxa de concordância para a validação foi de no mínimo 0,80 e a partir dessa análise, elaborada uma nova versão do instrumento. **Resultados e discussão:** Participaram 15 juízes. Houve modificações dos itens “realiza a limpeza do óstio (se secreção), utilizando gaze com soro fisiológico 0,9% com movimentos circulares de dentro para fora, três vezes, utilizando uma gaze para cada movimento”, e ajustado para: “realiza a limpeza do óstio (se secreção), utilizando gaze com soro fisiológico 0,9% com movimentos circulares de dentro para fora, três vezes, utilizando uma gaze para cada movimento, antes da utilização da clorexidina alcoólica 0,5% ou álcool 70%”, e alteração do item: “Utiliza luvas estéreis após a retirada da cobertura e antes da manipulação do sítio de punção”, para: “Após a retirada da cobertura com luvas de procedimentos, utiliza luvas estéreis para manipulação do óstio do cateter”. Após a modificação, a taxa de concordância do instrumento foi de 100%. **Conclusão:** A pesquisa atingiu o objetivo, validando o instrumento proposto. Esse estudo terá continuidade em uma pesquisa que irá desenvolver estratégia educativa de treinamento e adesão da equipe ao instrumento.

**25988 - VALIDADE, CONFIABILIDADE E RESPONSABILIDADE DO QUESTIONÁRIO ATITUDES DE SEGURANÇA PARA UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO**

CARLA ADRIANA MARQUES – UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO - UFES, BRUNO HENRIQUE FIORIN - UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO - UFES, FLÁVIA BATISTA PORTUGAL – UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO - UFES

**Objetivo:** Avaliar as evidências de validade, confiabilidade e responsividade da versão brasileira do instrumento Questionário de Atitudes de Segurança para Unidades de Pronto Atendimento. **Método:** Estudo metodológico realizado em setembro de 2020 com 46 profissionais de saúde de uma Unidade de Pronto Atendimento da região metropolitana do Estado do Espírito Santo. A confiabilidade foi verificada através da análise de consistência interna, estabilidade e reprodutibilidade. Foram testadas a validade e a responsividade do instrumento. **Resultados:** O alfa de Cronbach=0,85, evidenciando ótima consistência interna. Todos os domínios se correlacionam entre si de maneira positiva e significativa. Na avaliação da estabilidade, os domínios Satisfação no Trabalho, Percepção da Gerência e Condições de Trabalho apresentaram fortes correlações. **Conclusão:** Conclui-se que o instrumento apresenta valores satisfatórios na avaliação das propriedades psicométricas, mostrando evidências de validade, confiabilidade e responsividade. Dessa forma, está validado para ser reproduzido em outras Unidades de Pronto Atendimento no Brasil.



**26062 - VIGIHOSP: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

MANUELA PINTO TIBÚRCIO - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES, ANA BEATRIZ DE ALMEIDA MEDEIROS MOURA - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES, FERNANDA ELIZABETH MATOS DE QUEIROZ BATISTA FERNANDES - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES, MÁRCIA MARIA DA SILVA BARBOSA - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES, PATRÍCIA MEDEIROS DA SILVA OLIVEIRA - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES, SÂMIA JAMYLLÉ SANTOS DE AZEVEDO - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES (NATAL/RN)

**Introdução:** O VIGIHOSP é um software utilizado como ferramenta de gestão de riscos voltada para a qualidade e segurança do paciente. O objetivo do VIGIHOSP é reunir todas as informações referentes as ações realizadas a fim de melhorar a qualidade da assistência prestada pelas filiais Ebserh a partir das notificações voluntárias recebidas. O VIGIHOSP foi desenvolvido para informatizar e dar maior celeridade ao processo de notificações e tratamento de incidentes, queixas técnicas, doenças e agravos em saúde nos hospitais. **Objetivo:** Relatar a experiência do uso do software VIGIHOSP como ferramenta de gestão de riscos referentes a qualidade e segurança do paciente. **Descrição da execução:** O VIGIHOSP foi implantado no ano de 2014. Desde então, diariamente, a primeira atividade realizada pela Unidade de Gestão de Riscos Assistenciais (UGRA) é o acesso ao VIGIHOSP para verificar se há notificação. E, a partir das notificações no VIGIHOSP, é feita a priorização das notificações (máxima urgência, urgente, urgência moderada e não urgente); coleta das informações no prontuário online do paciente e entrevistas com o notificador e colaboradores dos setores envolvidos; determinação da sequência do evento; identificação dos fatores contribuintes; estabelecimento do plano de ação; e a implementação e acompanhamento das ações recomendadas. **Análise crítica dos resultados:** O VIGIHOSP se mostrou um instrumento de trabalho efetivo em dar celeridade ao processo de notificação e investigação dos incidentes e eventos adversos. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** O software tem favorecido as notificações, a investigação, a tomada de decisão e a gestão da informação em tempo real referente aos incidentes e/ou eventos adversos ocorridos.

**26203 - VISITA MULTIPROFISSIONAL NA ENFERMARIA: GERENCIAR O CUIDADO COM QUALIDADE E EM EQUIPE**

MARIA DO CARMO SANTOS FERREIRA - INSTITUTO DE DOENÇAS TROPICAIS NATAN PORTELLA - IDTNP, SUSANE DE FÁTIMA FERREIRA DE CASTRO - INSTITUTO DE DOENÇAS TROPICAIS NATAN PORTELLA - IDTNP, SAMYA RAQUEL SOARES DIAS - INSTITUTO DE DOENÇAS TROPICAIS NATAN PORTELLA - IDTNP, BRUNA DE SOUSA CARVALHO - INSTITUTO DE DOENÇAS TROPICAIS NATAN PORTELLA – IDTNP (TERESINA/PI)

**Introdução:** Uma estratégia para a gestão do cuidado e gestão da permanência de pacientes em serviços hospitalares é a visita multiprofissional. Um momento que fortalece o trabalho em equipe e a comunicação entre os profissionais, alinhando ações de cuidado, refletindo em uma assistência de qualidade durante toda a internação do paciente, reduzindo o tempo de permanência, exposição aos riscos e otimização do giro de leitos, algo essencial para atender as demandas do sistema de saúde. **Objetivo:** Descrever uma experiência exitosa com a visita multiprofissional nas enfermarias de um hospital público, com utilizações de ferramentas de qualidade e trabalho em equipe. **Descrição da execução:** Trata-se de um relato de experiência. O local de estudo se constitui em um hospital público localizado em Teresina-PI. Os dados utilizados para esse estudo foram do período de fevereiro a dezembro de 2021. A visita ocorria uma vez por semana no primeiro semestre e no segundo passou a ocorrer duas vezes na semana; a seleção dos pacientes se dava pelo tempo de permanência: kanban vermelho; durante a visita, cada profissional expunha o quadro do paciente, com foco naquilo que estava impactando na sua permanência no hospital; A gestão de qualidade registrava os acordos feitos para dar respostas aos fatores que estavam mantendo o paciente internado. **Análise crítica dos resultados:** Com a análise dos indicadores foi evidenciado os ganhos na redução da permanência dos pacientes e aumento do giro de leitos. Nas reuniões semestrais de análise crítica dos indicadores, foram realizados brainstormings para identificar as oportunidades de melhoria e para a construção dos planos de ação. Tanto as visitas quanto às reuniões foram momentos ricos para educação permanente, discussão de medidas de segurança do paciente e gerenciamento de risco. **Lições aprendidas e contribuições para segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** O impacto do trabalho em equipe na qualidade da assistência ficou evidenciado nos indicadores do hospital. Além disso, foi fundamental para elaboração de protocolos, ações educativas in loco, envolvimento de todas as categorias na educação de pacientes e familiares na segurança do paciente e sedimentação da cultura do trabalho em equipe.

## 26265 - VÍDEOS EDUCATIVOS SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE COMO TECNOLOGIA EDUCACIONAL INOVADORA: DESENVOLVIMENTO DO CATÁLOGO DIGITAL

CAROLINA SILVA LIQUIERI VAZ - UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, ANA KARINE RAMOS BRUM - UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE

**Introdução:** Os vídeos educativos constituem um recurso capaz de promover a aprendizagem ativa, através da ativação de diferentes canais sensoriais. Para a formação profissional do enfermeiro sobre a temática segurança do paciente, essa ferramenta pode contribuir para o desenvolvimento, com maior efetividade, de conhecimentos e habilidades sobre o cuidado seguro. **Objetivo:** Desenvolver uma tecnologia educacional digital sobre segurança do paciente no formato e-book. **Metodologia:** Estudo exploratório, de abordagem qualitativa, com o desenvolvimento da pesquisa documental e aplicada. O percurso metodológico foi dividido em 2 etapas: pesquisa documental na WEB, que foi realizada no YouTube. Foi aplicado no campo de busca o descritor “segurança do paciente”, associado aos filtros tipo vídeo, ordenação por contagem de visualizações e com os critérios de inclusão/exclusão: ano de publicação a partir de 2013, vídeos nacionais, idioma português e postado por fontes fidedignas. Já a segunda fase, compreendeu a pesquisa aplicada, com a construção do catálogo digital de vídeos educativos sobre Segurança do Paciente, a partir de cinco fases: planejamento, desenvolvimento, produção, revisão e publicação. **Resultados:** A busca ocorreu em 2021, sendo investigados 144 vídeos, destes 55 foram selecionados. A análise foi orientada por um roteiro com critério técnico-científico e estético. Quanto ao primeiro, foi possível identificar que os vídeos mais acessados foram do tipo animação, com tempo de duração curto, autoria de instituições de saúde e publicados em 2017. O público alvo mais relevante foram os profissionais de saúde e como tema os conceitos chaves sobre Segurança do Paciente. Quanto ao segundo critério, observou-se que grande parte da amostra trazia a linguagem oral de acordo com o público alvo, os cenários constituindo de animação trazendo referência a hospitais, com som e iluminação de qualidade. Dentro dessa amostra, foram selecionados 30 vídeos para construir um produto no formato de e-book. Ele foi dividido em temas referentes às metas internacionais de segurança do paciente, trazendo dados essenciais na descrição de cada vídeo. **Conclusão:** A elaboração dessa tecnologia objetivou o aperfeiçoamento da formação do profissional de saúde, a partir de uma tecnologia educacional, quanto uma contribuição para as boas práticas para segurança do paciente.

## 26025 - “CAIXA DA VERDADE” ESTRATÉGIA PARA MELHORIA DA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS DA EQUIPE DE SAÚDE

LIVIA FARIA ORSO - UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”/UNESP. FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU (FMB)., MARY ÂNGELA DE OLIVEIRA RAMOS - HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA - HCFAMEMA, TEREZA RAQUEL SCHORR CALIXTO - HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA - HCFAMEMA, INAIA MANCINI SIMÕES TIBÉRIO - HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA - HCFAMEMA, MILENA TEMER JAMAS - UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”/UNESP. FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU (FMB), DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM (SP)

**Introdução:** Estudos revelam que cerca de 30% dos casos de IRAS são considerados preveníveis por medidas básicas, sendo a higienização das mãos (HM), a medida mais simples e efetiva e de menor custo. **Objetivos:** Descrever um relato de experiência do treinamento sobre a técnica de HM com preparação alcoólica para equipe de saúde da Unidades de Terapia Intensiva (UTI) Adulto. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, utilizando-se de uma estratégia lúdica nomeada pelos organizadores como a “caixa da verdade”, visando à melhoria das práticas de HM entre os profissionais de saúde de quatro UTI's Adulto, de um Hospital Universitário, do interior de São Paulo. **Resultados:** O Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) e o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), utilizou o uso preparação alcoólica 70% específica e exposição à luz ultravioleta na “Caixa da Verdade”. Participaram dos treinamentos todos os profissionais de saúde atuantes na UTI Adulto totalizando em 125 participantes. A estratégia fundamentou-se no profissional participante receber uma quantidade de álcool gel 70% específico para H.M., executar a técnica recomendada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) junto às enfermeiras da SCIH e NSP, em seguida as mãos eram posicionadas dentro da caixa. A luz negra auxiliou na identificação dos pontos onde houve falhas na fricção com álcool gel 70%. A equipe demonstrou-se surpresa em observar os resultados, visto que a grande maioria considerava realizar técnica adequada. Por fim, era reforçada a importância da utilização da técnica correta e entregue um folder ilustrativo sobre o tema. **Discussão:** O uso de atividades lúdicas como forma de aprendizagem, se destaca por disseminar o conhecimento de uma forma dinâmica e mais compreensível para os participantes. Além de incentivar a interação, fomentar o prazer e a curiosidade sobre determinado tema, facilitando reforços necessários e preenchimento de lacunas entre esse e sua aplicação na prática clínica. **Conclusão:** A utilização de tal metodologia favoreceu a motivação do profissional, proporcionando o reconhecimento de fragilidades sobre o tema, revendo conceitos, e fortaleceu o compromisso desses com a assistência prestada, podendo impactar diretamente na sua maior adesão à HM. Ressalta-se a necessidade de se investir em estratégias de capacitação sobre HM, inovadoras e atrativas para os profissionais, visando à melhoria da adesão a aspectos relacionados às suas práticas, enfatizando a importância do ato frente à diminuição das infecções.

## 26260 - DESAFIOS PARA ADESÃO À HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE: SCOPING REVIEW

IAGO MATHEUS BEZERRA PEDROSA - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, GLAUBER WEDER DOS SANTOS SILVA - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA DO RIO GRANDE DO NORTE, LAÍS MAYARA DA SILVA - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA DO RIO GRANDE DO NORTE, ELISÂNGELA FRANCO DE OLIVEIRA CAVALCANTE - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

**Introdução:** A higienização das mãos é uma conduta simples e se configura como o meio mais efetivo para a prevenção das Infecções Relacionadas à Assistência em Saúde (IRAS). No entanto, as taxas de adesão e conformidade permanecem baixas no serviço hospitalar. Este estudo propõe responder a seguinte pergunta: quais são os desafios para adesão à higienização das mãos nos serviços de saúde? **Objetivo:** Mapear os desafios para adesão à higienização das mãos por parte dos profissionais de saúde no contexto hospitalar. **Método:** Estudo de revisão, do tipo scoping review, norteador pelo Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual. As buscas foram realizadas nas bases de dados PUBMED, LILCAS, CINAHL, Web of Science e Catálogo CAPES de teses, no mês de junho de 2022. De um total de 256 publicações, foram elegíveis 12 para inclusão no estudo. **Resultados:** As barreiras para motivação à higienização das mãos estão presentes nas seguintes dimensões: 1. Organizacional - ausência de cultura institucional de segurança, processos pouco definidos, inadequação do planejamento e vigilância do Serviço de Controle de IRAS, com ausência de supervisão e metas; 2. Estrutural - falta de insumos e equipamentos, como pias, dispensadores de sabão, álcool a 70%, papel toalha e cartazes/lembretes; 3. Assistencial - subdimensionamento de pessoal, sobrecarga de trabalho, remuneração salarial insuficiente, ausência de plano de cargo e carreira, que valorize as intervenções em saúde e melhoria da qualidade, além da sensação de execução de tarefas sem compreensão; 4. Educacional - ausência de treinamentos e educação permanente, de feedbacks sobre adesão e seu impacto na redução das IRAS e de feedbacks das taxas de IRAS nos serviços. **Conclusão:** A baixa motivação à adesão a higienização das mãos é um fenômeno complexo, relacionado às dimensões organizacional, estrutural, assistencial e educacional. Denota-se, sobretudo, a necessidade de estabelecer efetivamente uma cultura de segurança do paciente, por meio de um planejamento e avaliação permanente das práticas seguras nos serviços de saúde.

## 26094 - CARACTERIZAÇÃO DAS EXTUBAÇÕES ACIDENTAIS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL DO DISTRITO FEDERAL

LUDMYLLA CRISTINA DE FARIA PONTES - PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE – UNB; HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA – SES-DF, HELAINE CARNEIRO CAPUCHO - PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE – UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UNB

**Introdução:** A extubação acidental, definida como a perda acidental da cânula orotraqueal durante a ventilação mecânica, é um dos eventos adversos mais comuns em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e está associada ao aumento do tempo de internação e de ventilação mecânica, bem como dos custos da assistência à saúde, impactando sobremaneira na qualidade do cuidado e na segurança do paciente. **Objetivo:** Analisar as extubações acidentais que ocorreram em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Distrito Federal no período de 1º de abril a 26 de maio de 2022. **Metodologia:** Estudo retrospectivo, descritivo, transversal, de análise documental, realizado em UTIN de hospital escola materno infantil do Distrito Federal. Analisaram-se a prevalência de extubação acidental, Idade Gestacional (IG), Idade Gestacional Pós-concepcional (IGpc), peso, tempo de ventilação mecânica, período do dia, dia da semana, necessidade de reintubação, reanimação e de aumento de parâmetros ventilatórios. O período de estudo foi de 1º de abril a 26 de maio de 2022, momento em que se iniciou o acompanhamento dos incidentes. Os dados foram retirados de fichas de monitorização da equipe de fisioterapia e organizados em tabelas e gráficos do Microsoft Excel 2010. Como os dados utilizados foram secundários, não houve a necessidade de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados:** No período havia 392 pacientes/dia intubados e ocorreram 9 extubações acidentais (prevalência=2,3%); Perfil dos pacientes: 45% (n=4) haviam passado por algum procedimento cirúrgico e tinham IG entre 34s e 36s+6d, 56% (n=5) tinham IGpc maior que 37s; pesavam entre 1.500g a 2.500g e estavam intubados há mais de 10 dias. Momento da ocorrência do evento: 56% (n=5) ocorreram no período da tarde e durante a semana. Consequências: Em 89% (n=8) dos casos, foi necessária a reintubação. Em nenhum deles houve a necessidade de reanimação, porém em 45% (n=4) foi realizado o aumento de parâmetros ventilatórios, o que pode impactar no tempo de ventilação mecânica e de internação hospitalar. **Conclusão:** As informações obtidas na análise podem ampliar a percepção da instituição a respeito da preventibilidade do incidente, além de incentivar e nortear a elaboração de um protocolo e a escolha de medidas preventivas mais adequadas para a unidade de terapia intensiva estudada.

**26093 - INCIDÊNCIA DE LESÃO NASAL APÓS MELHORIAS NO PROTOCOLO DE CUIDADOS COM BUBBLE CPAP EM PREMATUROS**

LUDMYLLA CRISTINA DE FARIA PONTES - PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE – UNB; HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA – SES-DF, MARCELA SOARES SILVA FERREIRA - PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA REABILITAÇÃO – UNB; HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA – SES-DF, SABRINA SOUSA FREIRE - HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA – SES-DF, HELAINE CARNEIRO CAPUCHO - PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE – UNB, ALINE MARTINS DE TOLEDO - PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA REABILITAÇÃO – UNB

**Introdução:** O Bubble CPAP (B-CPAP) é um dispositivo eficaz no tratamento do desconforto respiratório em recém-nascidos sendo capaz de reduzir intubações, tempo de ventilação mecânica e tempo de internação. No entanto, quando utilizado de forma inadequada pode gerar danos, como lesões em septo e pele e sangramento nasal. A constante avaliação e cuidados com interface, fixação e umidificação do sistema se mostram como medidas eficazes para a prevenção desses danos. **Objetivo:** Comparar a incidência de lesão nasal entre grupo de prematuros que fez uso de protocolo convencional de cuidados (Protocolo 1) com o B-CPAP e outro grupo que fez uso de novo protocolo (Protocolo 2) em uma UTI Neonatal de Brasília. **Método:** Estudo do tipo caso-controle (CAAE nº 28294919.0.0000.5553), composto por prematuros nascidos no Hospital Materno Infantil de Brasília submetidos a B-CPAP por pelo menos 24 horas. Participaram 410 prematuros (206-Protocolo 1; 204-Protocolo 2). A coleta foi realizada a partir de fichas de monitorização e prontuários eletrônicos. Considerou-se registros de lesão nasal de qualquer tipo (sim/não). Protocolo 2 consistiu em adaptações como uso de touca, alfinete e liga elástica para fixação da interface, além de monitorização rigorosa da temperatura e umidificação do sistema. Utilizou-se análise descritiva e Teste Qui-quadrado para comparação dos Protocolos ( $P < 0,05$ ). **Resultados:** A média da idade gestacional foi 30,70 ( $\pm 3,54$ ) e 31,46 ( $\pm 3,76$ ) semanas e o peso 1561,35 ( $\pm 716,37$ ) e 1869,91 ( $\pm 839,67$ ) nos Protocolos 1 e 2, respectivamente. A incidência de lesão nasal foi de 51,45% no Protocolo 1 e de 21,56% no Protocolo 2. Houve diferença e risco diminuído para a presença de lesão nasal ( $p = 0,00^*$ ) no grupo Protocolo 2. **Conclusão:** Conclui-se que a implantação de boas práticas de cuidado com o B-CPAP é capaz de reduzir complicações como a lesão nasal. Destaca-se, portanto, a importância da utilização do protocolo para garantir uma assistência mais segura aos pacientes que necessitam desse dispositivo.

**26392 - SEGURANÇA NO POSICIONAMENTO DE RECÉM-NASCIDO PREMATURO EM NEONATOLOGIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

DARLIANE KELLY BARROSO DE SOUSA - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, ROSALICE ARAÚJO DE SOUSA ALBUQUERQUE - UNINTA, LIDYANE PARENTE ARRUDA - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, KEILA MARIA CARVALHO MARTINS - UNINTA, VANESSA CAVALCANTE COLARES DE FREITAS - UNINTA, VITÓRIA FERREIRA DO AMARAL – UFC (CE)

**Introdução:** O posicionamento é um procedimento não invasivo, que envolve os cuidados para com o RN, que contribui no desenvolvimento do paciente e promove simetria, equilíbrio muscular e movimento. **Objetivo:** Analisar na literatura as evidências científicas disponíveis sobre o posicionamento do recém-nascido prematuro em Unidade de Terapia Intensiva neonatal, afim de construir um Protocolo Operacional Padrão para padronização desse procedimento. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa. A questão norteadora do estudo foi: Quais as evidências científicas disponíveis sobre o posicionamento do recém-nascido prematuro em Unidade de Terapia Intensiva neonatal, afim de padronizar esse procedimento? Foi realizado a busca nas bases de dados, Base de Dados de Enfermagem (BDENF), MEDLINE, Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO). Foram utilizados como descritores: Recém-nascido prematuro; posicionamento do paciente; Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, separados pelo operador “AND”. Foram incluídos no estudo artigos disponíveis em texto completo nas bases de dados indexadas, selecionadas e publicados na língua portuguesa ou inglesa. Foram excluídos artigos com descrição metodológica inconsistente, relatos de caso e publicados fora do período de janeiro de 2012 a janeiro de 2021. Estruturou-se o POP com os seguintes itens: procedimento, objetivos, com descrição e figura ilustrativa, observações gerais e referências, responsáveis, quando realizar, materiais necessários e descrição do procedimento. A amostra foi composta por 10 artigos publicados entre 2014 a 2021, sendo 04 na LILACS e 6 na PUBMED. **Resultados e discussão:** Viu-se, que a literatura científica apontou mais benefícios na posição prona, do que na lateral e supina. Posição esta, que segundo os estudos está diretamente ligada com a redução de estresse e dor durante procedimentos dolorosos, melhora da lesão pulmonar na displasia broncopulmonar e melhora da frequência respiratória do neonato. Além disso, está relacionada com redução do volume residual gástrico. **Conclusão:** O presente estudo possibilitou apontar evidências atuais e científicas, acerca do mais seguro posicionamento do RNPT em UTI neonatal.



**26211 - VIVÊNCIA EM EMERGÊNCIAS MÉDICAS**

LIDIA BRUCHMANN PEREIRA - GRUPO FLEURY, JANAÍNA TEIXEIRA GARDEL BARRANCOS - GRUPO FLEURY, LAIS VISSOTTO GARCHET SANTOS REIS - GRUPO FLEURY, LUCIANA APARECIDA DE SOUZA - GRUPO FLEURY, JAQUELINE MAYRA NASCIMENTO CAVALCANTE - GRUPO FLEURY (SÃO PAULO/SP)

Intercorrência médica se caracteriza por incidente não previsível relacionado ao quadro de saúde do paciente que pode representar risco de vida e requer ação imediata. Em situações como essa, a equipe assistencial precisa estar preparada em seu modo de atuação, para o melhor desfecho possível, que é diretamente dependente do conhecimento técnico do grupo multidisciplinar, do ambiente adequado e dos materiais e equipamentos disponíveis para a atuação nessas situações. A intercorrência médica faz parte da rotina dos profissionais nos hospitais, mas pela característica dos centros de Medicina Diagnóstica com padrão ambulatorial, estes incidentes são menos frequentes. Nesse contexto, manter os profissionais preparados para atender a intercorrência é desafiador. O Grupo Fleury ministra conteúdos teórico-práticos sobre o tema, mas a proposta neste projeto foi tornar a capacitação mais realística trazendo o cenário da intercorrência médica para onde de fato elas acontecem: nas unidades de atendimento. A proposta foi criar um cenário mais realístico possível, utilizando manequim como paciente e a infraestrutura das nossas unidades. Instrutores em emergências clínicas e equipes da Universidade Corporativa (UC) e do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) fizeram uma força tarefa para criar esses cenários, simulando situações clínicas reais como reação anafilática ao contraste, parada cardiorrespiratória e arritmias. Todo o atendimento é realizado pelo médico e equipe de enfermagem da unidade e os instrutores conduzem em tempo real a evolução do cenário de emergência criado. A ação iniciou em agosto de 2021 e até junho de 2022, foram doze unidades participantes dessa vivência, com a inclusão de 184 profissionais. Além do melhor preparo dos profissionais, o projeto também trouxe outras oportunidades de melhoria e atenção, como adequação de materiais nos carrinhos de emergência, ajuste de protocolos institucionais, reforço de processos descritos com as equipes e vídeos para a multiplicação e reforço do conhecimento. Uma experiência de sucesso, sem financiamento externo e que se consolida como ação educacional complementar. A vivência expõe o profissional ao estresse da assistência real e, mesmo em condição fictícia, desenvolve o aprendizado mútuo com um único objetivo: salvar vidas e minimizar qualquer tipo de dano.

**E-POSTER –TRILHA 5****E-POSTER: EP05\_Políticas de saúde, gestão de risco e a governança em saúde**

**26261 - A APLICAÇÃO DO MAPEAMENTO DE PROCESSOS E RISCOS PARA OBTER A LICENÇA SANITÁRIA DE FUNCIONAMENTO**

LUIZ HENRIQUE DE FREITAS FILHO - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, NILCILENE PINHEIRO SILVA - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, CRISTINA DE CARVALHO SILVA NEVES - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, GUSTAVO CONSTANTINO CAMPOS - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (SP)

O Banco de Tecidos e Terapia Celular (BTTC) foi estruturado e organizado para obter a licença sanitária no ano de 2018. Além do investimento com a estrutura e os recursos necessários ao funcionamento da unidade, foi realizado o pagamento do boleto para solicitação de licença sanitária (LS), que após visita realizada em fevereiro de 2020, foi negado pelas autoridades devido às fragilidades dos processos. Essa negativa da LS atrasou o início das atividades e despertou na equipe a necessidade de estruturação dos processos. Com isso, realizar o mapeamento de processos e riscos (MPR) da unidade se tornou uma prioridade para despertar na equipe uma visão ampliada do desenho dos processos de trabalho da unidade, seus perigos e riscos, assim como as estratégias de prevenção e mitigação para reduzir os riscos aos quais os clientes internos e externos estão expostos. Desenvolver melhorias nos processos de trabalho que promovam qualidade e segurança nos processos que envolvem os tecidos (captação, processamento, armazenamento e distribuição) para obter a liberação da LS. Na primeira visita de inspeção para obter a LS havia uma fragilidade nos processos de trabalho e ausência de MPR. A equipe do BTTC e do Núcleo de Qualidade e Segurança em Saúde, iniciaram a execução do MPR em julho de 2021 que direcionou o desenho dos processos de trabalho, na elaboração de barreiras para os perigos identificados e as ações de mitigação para os riscos, que mesmo com a aplicação de barreiras para reduzir a probabilidade destes, poderiam acontecer. O MPR foi desenvolvido desde a busca ativa e triagem do doador até a distribuição do tecido para transplante, ação que orientou na elaboração dos protocolos, manuais de controle de qualidade, plano mestre de validação, organização do setor e elaboração do site de comunicação setorial para uma gestão compartilhada e o fortalecimento de uma comunicação segura. O MPR direcionou as ações de reestruturação do BTTC que após concluídas permitiram acionar novamente a vigilância sanitária que realizou a inspeção entre os dias 03 e 05 de maio de 2022 e liberou a licença de funcionamento em 14 de junho de 2022 após evidenciar as melhorias dos processos de trabalho, os quais não geraram nenhum custo adicional. O MPR desenvolvido no BTTC promoveu melhorias na unidade que impactam na qualidade e segurança dos processos que envolvem os tecidos.

**26218 - A IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE COMO FERRAMENTA DE ENGAJAMENTO MULTIDISCIPLINAR**

ACÁSSIA FLOR BASTOS DE LIMA - ANDRO HOSPITAL (VITÓRIA DA CONQUISTA/BA)

Anualmente a Anvisa promove a “Avaliação Nacional de Práticas de Segurança do Paciente” em parceria com os Núcleos de Segurança do Paciente de Vigilância Sanitária (NSP VISA) do país conforme a RDC N 36/ 2013, que busca avaliar unidades hospitalares que possuam unidade de terapia intensiva ou serviços de diálise e centro cirúrgico; estando estes inseridos no plano integrado de gestão sanitária da segurança do paciente 2021-2025, consistindo em uma importante estratégia para a promoção da cultura da segurança, uma vez que enfatiza a gestão de riscos, o aprimoramento da qualidade e a aplicação das boas práticas em serviços de saúde (ANVISA, 2022). Composto por 21 questões, o formulário de avaliação das práticas de segurança visa analisar através de indicadores de estrutura e processos referentes às práticas de segurança com os pacientes dentro do ano determinado para avaliação. As unidades de assistência em saúde preenchem através de formulário específico, validando a aplicação das boas práticas em saúde, consistindo como uma importante estratégia da promoção e cultura de segurança. O que torna uma ferramenta avaliativa de extrema importância para o incentivo das práticas em segurança do paciente, envolvendo toda a equipe multidisciplinar com o objetivo de se qualificar através da avaliação nacional, fazendo a compilação das orientações para buscar implementar, normatizar e cumprir os critérios ali inseridos. Através desta avaliação o Andro hospital que possuía já implantado em sua unidade o NSP desde 2019, buscou-se de forma ativa e efetiva inserir, envolver e aplicar diariamente as ações práticas de cultura de segurança, permitindo-lhes ampliar a visão do núcleo de segurança e das suas ações. Inclusive, sugerindo a diretoria a inseri-lo como parte do planejamento estratégico e no desenvolvimento da segurança dos processos, gestão integrada e na maturidade institucional, objetivando a certificação da qualidade e segurança da assistência em saúde. Por meio do calendário anual de educação permanente e da compilação das orientações de avaliação, inseriu-se os temas obrigatórios pertinentes às práticas e na criação de um checklist avaliativo baseado nos 21 indicadores, o que aumentou a adesão da equipe na execução efetiva das mesmas, inclusive nos registros de notificações de eventos, que até então, eram subnotificados pela equipe. No segundo semestre de 2020, foram executadas as ações previstas e enviada a avaliação do ano de 2019, que obteve como resultado em baixa conformidade. Em 2021, de forma organizada e estruturada o núcleo de segurança desempenhou as práticas exigidas e de forma engajada, estando cada vez mais inserindo a equipe multidisciplinar disciplinar, que vem fortalecendo outros setores administrativos a também estarem inseridos nestas práticas. Buscando aumentar a qualificação da unidade e a melhoria das práticas em assistência em saúde. Portanto, esta avaliação permitiu de forma eficaz e efetiva que o núcleo de segurança do paciente com apoio da direção administrativa, conquistasse o envolvimento de toda equipe e diariamente o engajamento de todos, inclusive do próprio paciente. A sua contribuição é de suma importância para melhorar a assistência à saúde de todos os usuários dos estabelecimentos de saúde do Brasil, almejando a unidade obter uma avaliação satisfatória do serviço e identificando as necessidades de melhoria, delineando a estratégia e ações de segurança para o paciente.

## 26445 - AÇÕES DA COMISSÃO TEMPORÁRIA DE ENFRENTAMENTO À COVID-19 DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA

LUIS ANTONIO DOS SANTOS DIEGO - UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, MAURO PEREIRA DE AZEVEDO - SOCIEDADE DE ANESTESIOLOGIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, PABLO BRITTO DETONI - SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA, ANTONIO ROBERTO CARRARETTO - UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO, ROGEAN RODRIGUES NUNES - SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA (RJ)

**Introdução:** Em março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) elevou a doença causada pelo novo coronavírus (Sars-CoV-2) ao status de pandemia e o MS publicou em seguida a Portaria nº 454 firmando o estado de transmissão comunitária da doença em todo o país e a SBA instituiu a Comissão de Enfrentamento à Covid-19 (CTE-Covid-19). Desde então, foram elaboradas muitas ações por parte dos organismos sanitários, mas também dos setores público e privado. **Objetivo:** O objetivo da CTE Covid-19 foi coordenar todas as ações necessárias ao gerenciamento dos danos decorrentes da pandemia considerando a realização do ato anestésico-cirúrgico com segurança para os pacientes portadores da doença, os pacientes com outras doenças com necessidade de tratamento cirúrgico e também a segurança dos próprios anestesiológicos. **Descrição da execução:** A primeira ação foi elaborar uma estrutura de comunicação que fosse inclusiva e não apenas para os anestesistas associados à SBA. Assim, foi criada uma landing page exclusiva para a disponibilização dos conteúdos didáticos para as novas orientações das práticas comportamentais de proteção individual e as recomendações de condutas que, de imediato, já estavam sendo elaboradas pela CTE Covid-19, tais como: orientação para o uso da máscara de proteção respiratória; recomendação da suspensão dos procedimentos eletivos; medidas excepcionais diante da escassez de equipamentos de proteção individual; orientação sobre a negativa de atendimento e recomendações à população. **Análise crítica dos resultados:** O organograma da SBA inclui comissões como a Comissão de Qualidade e Segurança em Anestesia e a Comissão de Saúde Ocupacional facilitou sobremaneira a criação de um time de enfrentamento (CTE Covid-19) coeso e determinado para elaborar a série de documentos e recomendações então necessárias baseadas nas evidências que rapidamente surgiam na literatura médica. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** A efetiva e contínua participação de profissionais da saúde é fruto de valores inalienáveis da SBA como formar, educar, certificar e representar, tendo sido criados, dentro de sua estrutura, organismos responsáveis por esses objetivos. O papel das Sociedades de Especialidades mostrou-se de fundamental importância em momentos de crise, nos quais ações rápidas e baseadas em evidências são necessárias para a qualidade e segurança do paciente.

**26075 - AÇÕES PREVENTIVAS PARA LESÃO POR PRESSÃO EM PACIENTES COM COVID 19**

DAYSE CARVALHO DO NASCIMENTO - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, GRACIETE SARAIVA MARQUES - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, LUANA FERREIRA DE ALMEIDA - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, FABIANA PAIM SABINO - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

**Introdução:** A internação prolongada e a complexidade da doença COVID-19 evidenciaram um número crescente de lesões de pele nesses pacientes, entre as quais as lesões por pressão (LP). Tal situação pandêmica remeteu à necessidade de ações e estratégias para a assistência segura do paciente na prevenção de eventos adversos, como as ocorrências de LPs, que apresentam um impacto negativo na prestação de cuidado eficiente e de qualidade, no tempo de internação e nos custos hospitalares. **Objetivo:** Descrever a conduta preventiva prescrita pelos enfermeiros da comissão de curativos de um hospital universitário referenciado para atendimento de COVID-19 do município do Rio de Janeiro. **Método:** Pesquisa documental, quantitativa, exploratório-descritiva, retrospectiva, realizada no período de março a julho de 2020, com o acompanhamento de 45 pacientes com COVID 19, internados em 14 unidades a partir de solicitações dos pareceres eletronicamente enviados por diversos profissionais à comissão de curativos para avaliação e conduta de prevenção e tratamento de LP. Estudo aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa sob o número 4.260.187. **Resultados:** Os enfermeiros das 14 unidades receberam treinamento baseados em protocolos institucionais elaborados pela Comissão de Curativos e Núcleo de Segurança do Paciente da instituição referentes ao tema e aplicaram as medidas preventivas como identificação do paciente com risco para lesão por pressão, hidratação da superfície cutânea com hidratante a base de ureia, reposicionamento dos pacientes de acordo com a avaliação clínica do paciente, colocação de painel marcador de posicionamento no leito e aplicação de cobertura preventiva em áreas específicas de proeminências ósseas, aplicação de produto barreira em áreas de umidade aumentada e colocação de colchão de alta densidade. **Conclusão:** As solicitações dos pareceres eletrônicos permitiram interface rápida e acessível facilitando a comunicação interdisciplinar oportunizando maior agilidade para avaliação e divulgação da conduta traçada sustentada em evidências científicas para toda equipe com adesão e implementação da mesma favorecendo a prevenção de eventos adversos.

**26072 - ADESÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL À HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

JÉSSICA FERREIRA SOARES – UNIVERSIDADE ESTADUAL DO RIO DE JANEIRO - UERJ, SARA DE SENA BUCOSKI NEVES - UNIVERSIDADE ESTADUAL DO RIO DE JANEIRO - UERJ, VANESSA GALDINO DE PAULA - UNIVERSIDADE ESTADUAL DO RIO DE JANEIRO - UERJ, LUANA FERREIRA DE ALMEIDA - UNIVERSIDADE ESTADUAL DO RIO DE JANEIRO - UERJ, LORENNALIMA DA SILVA - UNIVERSIDADE ESTADUAL DO RIO DE JANEIRO - UERJ, JOVITA VITORIA DA SILVA VIANNA – UNIVERSIDADE ESTADUAL DO RIO DE JANEIRO- UERJ (RJ)

**Introdução:** A principal medida para controle de infecções relacionadas à assistência à saúde é a higienização das mãos e deve ser uma prática frequentemente realizada pela equipe multiprofissional, para a segurança dos pacientes. **Objetivo:** Analisar a adesão a higienização das mãos da equipe multiprofissional em uma Unidade de Terapia Intensiva. **Método:** Estudo observacional, transversal, descritivo, seguindo os vinte e dois itens do método STROBE, realizado em uma Unidade de Terapia Intensiva de um hospital universitário no município do Rio de Janeiro, no período de janeiro a julho de 2021. A amostra foi composta por 305 oportunidades para a higienização das mãos e os dados coletados por meio de observação direta dos profissionais de saúde através de um instrumento em formato “check list” elaborado com base na Estratégia Multimodal da Organização Mundial de Saúde para a melhoria da higienização das mãos. Os dados foram processados no software JAMOVI (versão 2.2.2). Para associação das variáveis foi utilizado o teste do Qui Quadrado, considerando nível de significância de 0,05. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética sob parecer nº 4.747.146. **Resultados:** Em relação aos momentos, 211 (69,18%) observações ocorreram após o contato com o paciente, 46 (15,08%) antes do contato com o paciente, 30 (9,84%) após contato com superfícies próximas ao paciente, e 9 (2,95%) ocorreram antes da realização de procedimento asséptico e após exposição a fluidos corporais. A prática de higienização das mãos não teve relação com a categoria profissional ( $p > 0,05$ ). Na associação entre as oportunidades e a prática de higienização das mãos, houve diferença estatística significativa ( $p < 0,05$ ). A adesão dos profissionais foi maior antes da realização de procedimentos assépticos (9 – 100,00%), após contato com o paciente (197 – 93,36%) e após contato com áreas próximas ao paciente (26 – 86,67%). A água e sabão foi mais empregada entre todas as oportunidades, exceto antes do contato com o paciente, no qual o uso de álcool gel e a higienização das mãos com água e sabão foram semelhantes ( $p < 0,05$ ). **Conclusão:** Estratégias educacionais e ações voltadas para a conscientização dos profissionais devem ser reforçadas, com vistas a aumentar a adesão nas oportunidades menos atendidas, incentivar a higienização das mãos com álcool gel, garantindo uma assistência segura, livre de riscos.

**26059 - ADESÃO À HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS EM UNIDADES INTENSIVAS DE UM HOSPITAL DE ENSINO**

FABIANA PAIM SABINO - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, LUANA FERREIRA DE ALMEIDA - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, GISELE OLIVEIRA CAMILO - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, THAYSA MARIA VICTORIA CLEMENTE MACHADO - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, ANTÔNIO CARLOS ROCHA - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, DANIELLE MENDONÇA HENRIQUE - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (RJ)

**Introdução:** A higienização das mãos (HM) é uma estratégia amplamente recomendada para prevenção de infecção por microrganismos. Na unidade de terapia intensiva (UTI), o paciente está suscetível a infecções relacionadas ao cuidado em saúde devido à necessidade da utilização de dispositivos invasivos para a manutenção da vida. **Objetivo:** Analisar a adesão dos profissionais de saúde quanto à higienização das mãos. **Método:** Estudo descritivo, quantitativo, observacional, realizado nas UTIs de um hospital de ensino do Rio de Janeiro, no período de fevereiro a maio de 2022. Amostra por conveniência das observações de oportunidades relacionadas aos cinco momentos de HM. Os dados foram analisados através de estatística descritiva simples. Projeto aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa sob parecer nº 4.747.146. **Resultados:** Foram observadas 562 oportunidades, sendo 398 (70,81%) atendidas. Em 287 (72,11%) foi utilizada a água e sabão e em 111 (27,89%) o álcool 70%. **Discussão:** Os dados mostraram-se diferentes de outra pesquisa, na qual a taxa de adesão foi de 55,4%; destas 83% com água e sabão e 17% por fricção com álcool (CONTREIRO et al, 2021). Assim como outro estudo que apontou a adesão de 47% (ALVIM et al, 2019). O uso do álcool mostrou semelhança a pesquisa na qual essa solução foi utilizada em 34,8% das oportunidades (OLIVEIRA; GAMA; PAULA, 2017). **Conclusão:** A HM deve ser estimulada pelos líderes das unidades e alta gestão. É necessário maior incentivo ao uso de álcool 70% para esta simples e eficaz prática de prevenção de infecção relacionada ao cuidado em saúde.

**Referências**

ALVIM, A. L. S et al. Avaliação das práticas de higienização das mãos em três unidades de terapia intensiva. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*, v. 9, n. 1, fev. 2019. DOI: <https://doi.org/10.17058/reci.v9i1.11605>

CONTREIRO, K. S.; JANTSCH, L. B.; ARRUE, A. M.; DE OLIVEIRA, D. C.; BANDEIRA, D. Adesão à higienização das mãos dos profissionais da saúde em unidade de terapia intensiva neonatal. *Revista enfermagem contemporânea*, v. 10, ed. 1, p. 25-32, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3378rec.v10i1.3094>

OLIVEIRA, A.; GAMA, C.; DE PAULA, A. Adherence and factors related to acceptance of alcohol for antiseptic hand rubbing among nursing professionals. *Revista Escola de Enfermagem da USP*, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/MjNCtf7MnZnLmCt6y4hdfZq/?lang=en>.



**26206 - ADESÃO DOS PROFISSIONAIS ÀS PRÁTICAS DE IDENTIFICAÇÃO CORRETA DO PACIENTES**

LISIANE TEOBALDI SEVERO - UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE, CASSIANA GIL PRATES - HOSPITAL ERNESTO DORNELLES, MELISSA DE FREITAS LUZIA - HOSPITAL ERNESTO DORNELLES, LUCAS MELO DE SOUZA - UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE, RITA CATALINA AQUINO CAREGNATO - UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE (PORTO ALEGRE/RS)

**Introdução:** A identificação correta do paciente é o processo pelo qual se assegura ao paciente que a ele é destinado determinado tipo de procedimento ou tratamento, prevenindo a ocorrência de erros. Falhas de identificação podem ocorrer, desde a admissão do paciente até a alta do serviço, em todas as fases da assistência. Devido a sua importância, a identificação correta do paciente é uma das metas internacionais de segurança da Organização Mundial da Saúde e um protocolo integrante do Programa Nacional de Segurança do Paciente. **Objetivo:** Identificar a adesão dos profissionais de saúde às práticas de identificação correta de pacientes em unidades de internação hospitalar. **Método:** Estudo descritivo e retrospectivo, realizado em um hospital geral do sul do Brasil. A amostra constituiu-se de 694 registros da auditoria de processos realizada pelo Serviço de Epidemiologia e Gerenciamento de Riscos da instituição, nas unidades de internação adulto (clínicas e cirúrgicas), no período de janeiro de 2020 a julho de 2021. As práticas de identificação correta dos pacientes avaliadas foram: Presença da pulseira de identificação, legibilidade da pulseira, verificação da pulseira pelo profissional e presença de pulseira de alergia. O estudo foi aprovado pelo CEP da instituição (nº4.958.528). **Resultados:** Foram avaliados 694 pacientes. A adesão dos profissionais à pulseira de identificação foi de 97,7%. As pulseiras estavam íntegras e legíveis em 90,7% dos pacientes. A conferência da pulseira pelos profissionais antes dos procedimentos foi verificada em 399 (57,5%) pacientes. A adesão dos profissionais à pulseira de alergia foi de 83,1%. **Conclusão:** Os achados mostraram uma adequada adesão à pulseira de identificação, no entanto, evidencia-se oportunidade de melhoria no processo de conferência da pulseira antes da realização dos procedimentos. Os resultados deste estudo podem subsidiar ações educativas direcionadas à sensibilização do profissional para as práticas de identificação correta do paciente.

**26111 - ADEÇÃO DOS PROFISSIONAIS ÀS PRÁTICAS PREVENTIVAS DE QUEDAS EM UM HOSPITAL DO SUL DO BRASIL**

LISIANE TEOBALDI SEVERO - UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE E HOSPITAL ERNESTO DORNELLES, CASSIANA GIL PRATES - HOSPITAL ERNESTO DORNELLES, MELISSA DE FREITAS LUZIA - HOSPITAL ERNESTO DORNELLES, LUCCAS MELO DE SOUZA - UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE, RITA CATALINA AQUINO CAREGNATO - UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE (RS)

**Introdução:** As quedas representam um dos principais incidentes de segurança no ambiente hospitalar e é imperativo a implementação de práticas que reduzam o risco desses eventos. Portanto, avaliar a adesão dos profissionais a essas práticas torna-se relevante, na medida em que identifica forças e fragilidades nos processos de cuidado, subsidiando ações de melhoria. **Objetivo:** Identificar a adesão dos profissionais de saúde às práticas de prevenção de quedas em unidades de internação hospitalar. **Método:** Estudo descritivo e retrospectivo, realizado em um hospital geral do sul do Brasil. A amostra constituiu-se de 694 registros da vigilância de processos realizada pelo Serviço de Epidemiologia e Gerenciamento de Riscos da instituição, nas unidades de internação adulto (clínicas e cirúrgicas), no período de janeiro de 2020 a julho de 2021. As práticas preventivas de quedas avaliadas foram: Avaliação do risco de queda no prontuário (escala de Morse), sinalização do risco elevado de queda (pulseira amarela no paciente), presença de cama baixa e grades elevadas, presença de familiar/acompanhante no quarto e orientação ao paciente sobre as medidas preventivas. O estudo foi aprovado pelo CEP da instituição: 4.958.528. **Resultados:** A adesão dos profissionais à avaliação e registro do risco de queda foi de 97%, 391 (56,3%) possuíam risco elevado, 240 (34,6%) risco médio, 45 (6,5%) risco baixo e 18 (2,6%) não tinham sido avaliados. A cama na posição baixa estava conforme em 528 (76,1%) pacientes. Dos 391 pacientes com risco elevado de queda, 177 (45,3%) tinham pulseira amarela, 256 (64,5%) estavam com as grades da cama elevadas, 331 (84,7%) estavam acompanhados de familiar e 193 (49,4%) relataram ter recebido orientações sobre prevenção de queda. **Conclusão:** Os achados evidenciam oportunidades de melhoria nas práticas preventivas para quedas realizadas pelos profissionais, principalmente na sinalização do risco de queda e na educação do paciente e familiar. Os resultados do estudo podem subsidiar ações educativas e de sensibilização dos profissionais para as práticas preventivas de quedas na instituição.

## 26426 - ANÁLISE DAS AQUISIÇÕES PÚBLICAS DE MEDICAMENTOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UMA FUNDAÇÃO PÚBLICA

ANA PAULA DE ALMEIDA QUEIROZ – FUNDAÇÃO SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - FSERJ, SIDNEY JOSE DA COSTA JUNIOR – SECRETARIA DE ESTADO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO - SEPLAG, MARIANA DE ANDRADE DA SILVA - FSERJ, GRAZIELE BARRETO GOMES - SEPLAG, MARTA SAMPAIO DE FREITAS - SEPLAG, CARLA MARIA BOQUIMPANI MOURAFREITAS – FSERJ

**Introdução:** Aquisições públicas de medicamentos são um grande desafio para gestores, devem cumprir aspectos legais, transparentes, seguros e eficientes. A licitação inicia-se pela seleção, planejamento e modalidade de aquisição cujas informações vão compor o termo de referência (TR) que deve explicitar o objeto e cumprir exigências legais. Nesse contexto, o farmacêutico tem importante papel e precisa ter conhecimento técnico-sanitário e legais inerentes a compras públicas. **Objetivo:** Apresentar dados referentes às aquisições públicas de medicamentos pela Fundação Saúde (FSERJ). **Descrição da execução:** Foram extraídos dados de compras de medicamentos do Sistema Integrado de Gestão de Aquisições (SIGA) de 01/13-06/22 pela COOPRL/SUBLOG, compilados, analisados em conjunto com GERITI/DIRTA/FSERJ, para avaliar o impacto do desabastecimento de medicamentos que vem ocorrendo desde 2020 e o papel da FSERJ no cenário macroeconômico no ERJ. **Análise crítica dos resultados:** As compras de medicamentos pela FSERJ em 2022, aumentaram em 50%, quando comparada a 2021, justificado pela entrada de 28 unidades para Gestão da FSERJ, mantendo-se a regularidade do número de processos e predominância do Pregão eletrônico desde 2013. No entanto, em 2022 com 62% esta modalidade foi superada por Dispensa de licitação (76%), devido à dificuldade de pesquisa de mercado, aumento de licitações frustradas por elevados preços, interrupção na produção, dependência nacional de matéria-prima, o que ocasionou o desabastecimento de medicamentos tais como SPGV, analgésicos, antibióticos e outros comumente prescritos nas 23 UPAS e 15 hospitais geridos pela FSERJ. No cenário atual, de compras públicas de medicamentos no ERJ, a FSERJ representa 54%. A análise de Pareto, revelou que dos 460 itens adquiridos, 65 representam 80% do valor, sendo a alteplase, o de maior valor, cujas UPAS são referência para este tratamento. Foi elencado o ranking de fornecedores o que permitirá ampliar o poder de negociação e redução de preços. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade no cuidado:** O estudo demonstrou a importância das informações aliadas ao planejamento com base no conhecimento técnico-administrativo de todos os atores envolvidos nos processos de compras públicas e seu impacto na qualidade e segurança da terapêutica para a qualidade e manutenção do cuidado sobretudo no cenário atual de desabastecimento de medicamentos.

**26151 - ANÁLISE DO APRAZAMENTO DE MEDICAMENTOS COMO UMA ESTRATÉGIA DE ENFERMAGEM PARA O GERENCIAMENTO DE ANTIMICROBIANOS**

DANIELLE DE MENDONÇA HENRIQUE - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, CINTIA SILVA FASSARELLA - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, FLÁVIA GIRON CAMERINI - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, ZAIDA CRISTINA VELOSO SOUZA - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, LARISSA APARECIDA MORENO COSTA - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, JULIA LEONIDIA DE OLIVEIRA SILVA - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

**Introdução:** Os antimicrobianos são os medicamentos mais prescritos no cenário hospitalar, seu uso irracional, pode ocasionar resistência antimicrobiana (RAM), eventos adversos, elevação dos custos e da morbimortalidade. Projeta-se, que em 2050, uma pessoa morrerá a cada três segundos, como consequência deste problema. O gerenciamento antimicrobiano é um conjunto de estratégias multiprofissionais para prevenir e controlar o uso indiscriminado destes medicamentos. **Objetivo:** analisar o horário de aprazamento de antimicrobianos em uma unidade intensiva de cirurgia à luz da segurança do paciente. **Método:** Estudo observacional, de caráter descritivo, documental, com abordagem quantitativa dos dados, realizado em uma unidade intensiva cirúrgica de um hospital universitário no município do Rio de Janeiro. A coleta dos dados foi por conveniência composta por 160 prescrições médicas, totalizando 510 doses de antimicrobianos, sendo realizada entre os meses de maio a julho de 2021. Foi utilizado um instrumento de coleta de dados do tipo formulário, com variáveis relacionados aos horários de aprazamento e checagem de cada dose de antimicrobiano. Os dados foram organizados e tabulados em uma planilha eletrônica (Microsoft Excel®) e analisados descritivamente. **Resultados:** Os horários de aprazamento mais prevalentes foram 06h (15,44%), 18h (12,39%) e 22h (11,78%). Ao observar o registro do horário em que foi administrado a primeira dose do antimicrobiano no centro cirúrgico, foi observado que 5,48% do total de doses aprazadas seguiu o aprazamento inicial. **Discussão:** Como ação estratégica para o gerenciamento antimicrobiano, o enfermeiro deve avaliar a prescrição ancorado em seu conhecimento farmacológico, para realizar o aprazamento seguro e manutenção do intervalo correto entre as doses, para favorecer a concentração sérica máxima e otimizar a ação do antimicrobiano, além de prevenir erros de medicação como omissão de dose. Para além dos cuidados a educação em serviço é fundamental para disseminar as boas práticas na administração de antimicrobianos. **Conclusão:** O aprazamento pautado em evidências científicas é uma prática de enfermagem fundamental para segurança medicamentosa e gerenciamento de antimicrobianos numa unidade intensiva cirúrgica pode contribuir sobremaneira para prevenção de eventos adversos relacionados ao processo de administração de antimicrobianos.

**26083 - AUDITORIA DOS TRANSPLANTE DE CÓRNEAS EM GOIÁS NO ANO 2021**

RICARDO RIBAMAR DA SILVA - CENTRAL ESTADUAL DE TRANSPLANTES DE GOIÁS, CLÁUDIA DOS SANTOS LADEIA - CENTRAL ESTADUAL DE TRANSPLANTES DE GOIÁS, MARIA DE LOURDES ROSA DOS PASSOS - CENTRAL ESTADUAL DE TRANSPLANTES DE GOIÁS

**Introdução:** A Organização Mundial de Saúde, em 30 de janeiro de 2020, decretou Emergência Sanitária Global, devido aos agravos acometidos por Corona Virus Disease – COVID-19, e em menos de um mês, em 03 de fevereiro, o Ministério da Saúde do Brasil declarou Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional. Essas ocorrências afetaram diretamente o sistema público de saúde em toda sua magnitude. Não obstante, no âmbito dos transplantes, a Nota Técnica n.º 25/2020 da Coordenação-Geral do Sistema Nacional dos Transplantes – CGSNT, publicada em março do mesmo ano, recomendou por medidas cautelares e protetivas aos possíveis receptores a suspensão da busca ativa e a captação para doação de tecidos oculares em doador falecido por parada cardiorrespiratória, resultando a descontinuidade do fluxo de atendimento majoritário aos que necessitavam do transplante de córnea evidenciando o crescimento contínuo da lista de espera do transplante, razão da necessidade do transplante de córnea independe da pandemia COVID-19. A retomada das entrevistas familiares das doações e captações de córneas aconteceu em setembro do mesmo ano, por meio da Nota Técnica n.º 80/2020 – CGSNT. Diante destas ocorrências, analisou-se as disponibilidades das córneas e suas conseqüentemente os transplantes realizados no ano 2021, como metodologia para avaliar as conseqüências geradas na suspensão das captações.

**Objetivo:** Avaliar as disponibilidades e os transplantes de córneas em Goiás, no ano de 2021.

**Método:** Trata-se de um estudo analítico, transversal de natureza quantitativa, com dados publicados da Central Estadual de Transplantes de Goiás e do Registro Brasileiro de Transplantes referente as córneas, nos meses de janeiro a dezembro de 2021, no Estado de Goiás. **Resultados:** Em 1 de janeiro de 2021, haviam, em números absolutos, 847 possíveis receptores em lista para o transplante de córnea em Goiás, no decorrer dos meses durante o ano de 2021 houve aumentos gradativos e ao encerrar o ano em 31 de dezembro a mesma lista já contabilizava um crescimento de 39,5% (n = 1.168), além disso, observou-se que no segundo quadrimestre (maio – agosto) foi o período com mais inscrições em lista e especificamente o mês de junho se destacou com o maior número de inscrições, totalizando 95, em relação aos demais meses do ano. Em contrapeso, os transplantes não tiveram aumentos significativos e a maioria dos meses encerraram-se com o déficit ao considerar dessa forma o maior número de ingressos em comparação as saídas da lista para o transplante de córnea. Apenas no mês de março houve mais saídas da lista (n = 64), representadas pelos quantitativos de transplantes + desistências por parte dos possíveis receptores, do que as entradas (n = 59), que representam os possíveis receptores. Durante o período de 2021, houve 538 captações de córneas no Estado e, somando a este quantitativo na cobertura estadual, foram aceitas 69 córneas provenientes de outros Estados, totalizando 607 córneas. Porém, ainda que fossem insuficientes para atender a lista, sem mencionar os ingressos contínuos, dessas córneas disponibilizadas houve uma perda de 33,1% (n = 201) que foram descartadas no decorrer do ano 2021, preservando a segurança e a qualidade do processo de transplantes, a maioria por sorologias positivas, tornando-as impróprias para o transplante. Apesar da quantidade de possíveis receptores em lista, o ano encerrou com 419 transplantes, sendo que desse total 13 córneas são referentes as captações ocorridas do ano de 2020. **Conclusão:** Os dados evidenciam uma disparidade entre as córneas disponibilizadas com a quantidades de transplantes realizados e a crescente lista de espera no decorrer de 2021. Um número elevado de possíveis receptores em lista não foi transplantado durante o ano e, desse modo, sugerem intervenções objetivas em obter maior quantidade de córneas e nessa perspectiva, conseqüentemente, haverá maior transplantabilidade no Estado.

O presente estudo não obteve financiamentos por fontes externas dos participantes.

Não há conflitos de interesses.

**26127 - AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE: DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – 2021**

ISABELLE CALDAS AMORIM RIBEIRO - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE- SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, MARIA DE LOURDES DE O. MOURA - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE- SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, JOSIANE SANTOS COSTA - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE- SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, LEONOR MARIA DA SILVA GOMES - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE- SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (RJ)

**Introdução:** A Avaliação Nacional das Práticas de Segurança do Paciente é uma prática de regulação adotada pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, para verificar a conformidade às práticas de segurança do paciente pelos serviços de saúde com leitos de terapia intensiva e promover a melhoria da qualidade do cuidado e segurança do paciente. Por meio do preenchimento do Formulário de Avaliação das Práticas de Segurança do Paciente composto por 21 indicadores (estrutura, processo e gestão de risco) a avaliação permite um diagnóstico das práticas de segurança direcionando ações de prevenção de eventos adversos. **Objetivo:** Analisar a conformidade às práticas de segurança do paciente dos hospitais com leitos de Terapia Intensiva Adulto, Pediátrica ou Neonatal do Estado do Rio de Janeiro (RJ), participantes da iniciativa no ano de 2021. **Método:** Análise documental dos formulários preenchidos e documentos anexados pelos hospitais participantes e inspeção de dois hospitais para avaliação in loco realizada por equipe técnica multiprofissional da Vigilância Sanitária Estadual. **Resultados:** Dos 251 hospitais com leitos de Terapia Intensiva instalados no Estado do RJ cadastrados no CNES, 47% (119) participaram da iniciativa. Na análise de conformidade aos 21 critérios avaliados, os critérios identificados como as causas ou problemas de segurança mais importantes foram: protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; plano de segurança do paciente; protocolo para a prevenção de infecção do trato urinário relacionado ao uso de cateter vesical de demora. Na classificação de conformidade aos critérios avaliados 56% (67) hospitais foram considerados como baixa conformidade, 28% (33) alta conformidade e 16% (19) média conformidade. Dos hospitais classificados como alta conformidade, 03 alcançaram 100% de conformidade. **Conclusão:** A avaliação permitiu identificar as práticas de segurança do paciente com maior fragilidade e a necessidade de estimular maior engajamento dos hospitais do estado do RJ para participar da avaliação, melhorar seus indicadores de qualidade e segurança do paciente, bem como promover a regularidade da notificação de incidentes relacionados a assistência à saúde.

Descritores: Segurança do Paciente; Gestão da Segurança; Avaliação de Serviços de Saúde.

Conflitos de interesse: Não há.

## 26120 - AVALIAÇÃO DE QUEIXAS TÉCNICAS RELACIONADAS A EPIS UTILIZADOS NO ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DE COVID-19

CHRISTIANE TRIGUEIROS MACEDO MAGALHÃES – SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE/SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE/RIO DE JANEIRO - SUVISA/SES/RJ, MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA MOURA - SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE/SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE/RIO DE JANEIRO - SUVISA/SES/RJ

**Introdução:** A pandemia de COVID-19, causada pelo coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave 2 (SARS-CoV-2), tornou-se um dos grandes desafios do século XXI. O SARS-CoV-2 tem alto índice de transmissibilidade, disseminado através de gotículas respiratórias (pela fala, tosse ou espirros), contato direto com pessoas infectadas ou indireto por meio das mãos, objetos ou superfícies contaminadas. Os profissionais de saúde que atuam no atendimento direto aos pacientes e usuários têm maior chance de contato com pessoas portadoras de COVID-19 e de se infectar, sendo fundamental o uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI). No enfrentamento da pandemia tornou-se indispensável assegurar a disponibilidade de EPI com qualidade e quantidade adequadas e a capacitação dos profissionais para o uso correto de forma a constituir uma barreira à exposição ao vírus. **Objetivo:** Analisar as notificações de queixas técnicas (QT) relacionadas aos EPIs (luvas, máscaras, aventais e toucas) utilizados por profissionais de saúde na pandemia de COVID-19. **Método:** Com base nos registros quadrimestrais de QT extraídos do sistema NOTIVISA nos anos de 2020 e 2021 foram avaliados os parâmetros: QT mais frequentes; origem dos produtos notificados e perfil dos detentores de registro. **Resultados:** Foram lançadas no NOTIVISA 1776 QT de luvas, sendo 33% (586) rasgos, 16,7% (297) furos, 14,9% (265) embalagem e 8,4% (149) manchas; 1025 QT de máscaras, sendo 33,1% (339) elásticos/tiras, 22,8% (234) vedação, 10,6% (109) rasga com facilidade e 9,9% (101) espessura inadequada; 251 QT de aventais, sendo 38,6% (97) modelagem, 24,7% (62) costura frágil, 17,1% (43) corpo estranho e 13,5% (34) permeabilidade; 98 QT de toucas, sendo 37,8% (37) rasga facilmente, 33,7% (33) tamanho menor e 28,6% (28) outros; total de 3150 notificações de QT de EPIs, sendo 68,5% (2159) produtos nacionais e 28,6% (902) detentores de registro no ERJ. **Conclusão:** A análise das notificações evidenciou que as QT relatadas indicam baixa qualidade do material, consolidando-se como uma importante estratégia para subsidiar ações sanitárias voltadas para o uso seguro de produtos para a saúde.

Descritores: Saúde do Trabalhador; Vigilância Sanitária; Coronavírus.

Existência de financiamento: não houve financiamento e não há conflito de interesse.



## 26103 - AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA EM PACIENTES ONCOLÓGICOS QUE SERÃO SUBMETIDOS À CIRURGIA PALIATIVA

JORDANA RABELO BERGONSO - HOSPITAL REGIONAL DE ASSIS (ASSIS/SP)

**Introdução:** O câncer é uma doença crônico-degenerativa responsável por 12% das causas de morte no mundo e conta com, aproximadamente, 15 milhões de novos casos por ano, causando reflexos importantes no perfil epidemiológico e, com isso, na administração de estratégias sanitárias no âmbito da saúde. **Objetivos:** A medicina centrada no paciente e em suas singularidades vem sendo cada vez mais discutida, com benefícios que incluem maior qualidade de vida aos doentes, perspectivas ampliadas de cuidado, melhorias no acolhimento com olhar holístico ao indivíduo e ao processo de adoecer e até mesmo melhores prognósticos referidos. **Métodos:** Trata-se de um levantamento bibliográfico que objetiva apurar o conhecimento sobre a avaliação pré-anestésica em pacientes oncológicos que serão submetidos a cirurgia paliativa. **Resultados:** O adequado preparo pré-operatório do paciente que será submetido a um procedimento anestésico eletivo é imprescindível pois informa o anestesiológico sobre condições clínicas do paciente a ser anestesiado, sobre possíveis fatores de risco passíveis de alívio durante o período que antecede a cirurgia e sobre planejamento de cuidados especiais no pré, intra e pós operatórios, diminuindo assim a morbimortalidade resultante do procedimento. No Brasil, a realização avaliação pré-anestésica ambulatorial é recomendada pela resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) número 2174/2017. **Conclusão:** A cirurgia paliativa em pacientes com câncer objetiva procedimentos não curativos, mas que têm a intenção de melhorar os sintomas causados pelo tumor. Apesar desses pacientes apresentarem risco aumentado devido ao aumento do número de comorbidades existentes nesses, assim como pelo próprio processo degenerativo causado pela patologia e seu tratamento, existem diversos fatores que influenciam a tomada de decisão a respeito do cuidado prestado.

## 26044 - CÂMARA TÉCNICA DE SEGURANÇA DO PACIENTE: DA IMPLANTAÇÃO À ATUAÇÃO NAS UNIDADES DE SAÚDE ASSISTENCIAIS

ISABELLE CAVALCANTE MURY - FUNDAÇÃO SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, ANA PAULA DE ALMEIDA QUEIROZ - FUNDAÇÃO SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, MAYARA GONÇALVES MEDEIROS - FUNDAÇÃO SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, VERA LÚCIA NEVES MARRA - FUNDAÇÃO SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (RJ)

**Introdução:** Em 2016, visando o cumprimento da Portaria MS/GM 529 de 1 de abril de 2013 e da RDC no 36, de 25 de julho de 2013 da Anvisa, a Fundação Saúde do Estado do Rio de Janeiro (FSERJ) instituiu a Câmara Técnica de Segurança do Paciente (CTSP). **Objetivo:** Dar suporte às unidades de saúde assistenciais da FSERJ para criarem e/ou tornarem atuantes seus Núcleos de Segurança do Paciente (NSP). **Descrição da execução:** A CTSP é constituída por membros da sede e integrantes dos NSP das unidades de saúde. Em 2016 a CTSP aplicou uma Lista de Verificação sobre os itens necessários ao NSP, baseada na RDC 36, a fim de realizar um diagnóstico situacional, sendo reaplicada em 2020. Outras ferramentas utilizadas pela CTSP: reuniões para troca de experiências, apoio técnico e capacitações; grupo de 13 indicadores de SP, baseados nos protocolos do MS, preenchidos pelas unidades e enviados mensalmente a FSERJ; formulário online mensal acerca das atividades executadas pelos NSP como buscas ativas realizadas, notificações de incidentes e não conformidades e as ações para mitigar os riscos e prevenir novos incidentes; visitas técnicas aos núcleos. Em 2019 foi confeccionado o Plano de segurança do Paciente da FSERJ, que foi atualizado em 2022, cujo objetivo é nortear os NSP acerca dos seus processos de trabalho e servir de base para confeccionarem seus próprios PSP locais. **Análise crítica dos resultados:** Em 2016, antes da implantação da CTSP, das 7 unidades, somente 02 (28%) apresentavam NSP e desta, 1 (14%) possuía cadastrado no NOTIVISA e PSP finalizado. Após 4 anos da implementação da CTSP, em 2020, 100% possuem NSP operantes, com documento de nomeação e todos realizam treinamento em SP durante a jornada de trabalho. 75% dos NSP são cadastrados no NOTIVISA e todas as unidades tem PSP, porém somente 37,5% estavam implantados. Somente 25% dos NSP tem coordenador e espaço físico exclusivos. Na análise dos indicadores, preenchidos mensalmente por 100% das unidades, se observa aumento das notificações espontâneas refletindo uma melhora na percepção dos profissionais acerca da SP e aumento nas notificações por busca ativa, ou seja, notificações identificadas a partir de rondas realizadas nas unidades em busca de circunstâncias notificáveis e incidentes. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade no cuidado:** O NSP fortalecido e com processos de trabalho bem definidos é a primeira etapa para implantação de um cuidado seguro e de qualidade.

## 26107 - CLASSIFICAÇÃO E PREVALÊNCIA DOS CASOS DE EVENTOS ADVERSOS PÓS-VACINAÇÃO DE COVID-19 NO CEARÁ EM 2021

JADE ELIZABETH PRADO DOS SANTOS - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, MARISA NASCIMENTO DE OLIVEIRA - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, ANA LOREN GIRÃO LIMA - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, MARIA ANDREZZA LIMA DE SOUSA - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, LAYRLA CAROLINA NASCIMENTO RODRIGUES - UNIFAMETRO, MARIANA CAVALCANTE MARTINS - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

**Introdução:** A prevenção de doenças infecciosas mediante a vacinação é considerada um dos maiores sucessos em saúde pública e uma medida segura, mas não isenta de riscos, podendo ocorrer o Evento Adverso Pós-Vacinação (EAPV), que se caracteriza como qualquer ocorrência indesejada após a vacinação, não possuindo necessariamente uma relação causal com o uso de uma vacina. Portanto, deve-se fortalecer os sistemas de vigilância epidemiológica e sanitária no país por parte dos profissionais de saúde, para o estabelecimento de protocolos e definições que uniformizem os eventos adversos. **Objetivo:** Discorrer quanto à prevalência e classificação dos efeitos adversos na população após a vacinação contra a covid-19 no Ceará. **Método:** Estudo seccional em que foram compilados os dados da vigilância epidemiológica do estado do Ceará, boletim nº 1, sobre os eventos adversos após a vacinação contra a covid-19, durante o período de janeiro a dezembro de 2021. **Resultados:** Durante o período analisado, foram notificados os EAPV, em que 91,6% (2.480) foram avaliados e encerrados à nível estadual, com 8,4% (227) ainda em avaliação aguardando informações complementares. Houve predomínio de eventos no sexo feminino com 65,5% (1.773), 73,2% na raça parda (1.982) e 60,4% em não gestantes (1.634). Os eventos adversos à vacina AstraZeneca representaram mais da metade das notificações com 51,3% (1.085). Ao avaliar a faixa etária, identifica-se uma predominância acima de 60 anos com 29,6% (801), seguido de 45 a 59 anos (21,8%). Em relação à gravidade, dos 2.480 casos notificados que foram encerrados, 91,2% (2.262) foram os Eventos Adversos Não Graves e 8,8% (218) Eventos Adversos Graves. E em relação à causalidade, 25% foram classificados como inconsistentes ou coincidentes não relacionados à vacina. **Conclusão:** Os eventos adversos devem ser classificados de acordo com sua gravidade e investigados se representam ou não um risco potencial para a saúde. Ressalta-se que muitos dos eventos adversos são meramente associações temporais, não se relacionando à aplicação das vacinas, mas quando eles ocorrem, há necessidade de investigação, visando a um diagnóstico diferencial e possível tratamento. Assim, é necessária a atuação dos profissionais da saúde para o manejo ativo da situação, tanto na orientação da população durante a aplicação das vacinas quanto frente ao caso suspeito do evento adverso.

## 26132 - DA IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS À EDUCAÇÃO PERMANENTE: ESTRATÉGIAS PARA PROMOVER A SEGURANÇA DO PACIENTE

MICHELLE DE MENEZES FREIRE - PREVISE CONSULTORIA E SERVIÇOS, DOUGLAS DIAS DUARTE - PREVISE CONSULTORIA E SERVIÇOS, GABRIEL CÍCERO ARAÚJO SILVA - PREVISE CONSULTORIA E SERVIÇOS, ERIC GUSTAVO RAMOS ALMEIDA - PREVISE CONSULTORIA E SERVIÇOS, CINTHYA RAMIRES FERRAZ - PREVISE CONSULTORIA E SERVIÇOS, FERNANDA LAXE MARCONDES - PREVISE CONSULTORIA E SERVIÇOS (RIO DE JANEIRO/RJ)

**Introdução:** Verificando as equipes em sua rotina, notou-se a necessidade de criar a cultura de segurança e viabilizar as metas de segurança do paciente, conforme Portaria MS 529/2013, através de protocolos, como identificação do paciente e seus riscos clínicos: queda e lesão por pressão, além da sinalização dos pacientes que possuíam alergia e algum tipo precaução, provocando assim, o desafio na melhoria do cuidado. **Objetivo:** Relatar a experiência da promoção da segurança do paciente na implementação das metas de identificação do paciente e seus riscos clínicos. **Descrição da execução:** Relato de experiência sobre as estratégias usadas para promover a implementação das metas de identificação do paciente e seus riscos clínicos em dois hospitais privados, de médio porte, no Rio de Janeiro, nos anos de 2021 e 2022. Após a elaboração junto a um grupo de trabalho e implantação dos protocolos de identificação do paciente, de prevenção de queda, de prevenção de lesão por pressão, além da classificação de outros riscos clínicos na admissão e diariamente – alergia, flebite, broncoaspiração, dieta zero e precauções, o Núcleo de Segurança do Paciente passou a realizar vigilâncias de processos com instrumentos padronizados, observando a adesão aos processos, além das fragilidades da implementação apresentadas pelas equipes. Durante as auditorias, a cada não conformidade era realizada devolutiva ao grupo presente, a fim de compreender as dificuldades para ajustes e correções. Além de incentivá-los a realizarem notificação dos incidentes encontrados. **Análise crítica dos resultados:** Com sensibilizações in loco, uso de metodologias ativas, etc., favoreceu-se um processo de ensino aprendizagem dentro de seus cotidianos laborais. Ao compilar os dados das rondas, indicadores foram gerados e planos de ação para as não conformidades, elaborados quando necessários. Ambos sendo apresentados em reuniões para conhecimento da alta gestão, na intenção de envolvê-los e prosseguir com bons resultados. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** As estratégias desenvolvidas contribuíram para o aprendizado das equipes, aumentando a adesão aos protocolos, melhorando o número de notificações de incidentes, demonstrando que a vigilância de processo, junto ao monitoramento de indicadores aperfeiçoou a assistência, propiciando um cuidado mais seguro ao paciente.

**26364 - ELABORAÇÃO DAS CONTINGÊNCIAS APÓS EVENTO CATASTRÓFICO (SINISTRO POR INCÊNDIO) EM UM HOSPITAL SECUNDÁRIO DO CEARÁ**

JULIANA IMACULADA TEIXEIRA BARROS COSTA - HOSPITAL GERAL DR. WALDEMAR ALCÂNTARA, FRANCISCA ANAMILY CAMPOS RÊGO - HOSPITAL GERAL DR. WALDEMAR ALCÂNTARA, RACHEL RABAY NOGUEIRA - HOSPITAL GERAL DR. WALDEMAR ALCÂNTARA, ANTONIO EMMANUEL PAIVA DE ARAÚJO - HOSPITAL GERAL DR. WALDEMAR ALCÂNTARA, CRISTINA ISIDIO RODRIGUES AGUIAR ALBUQUERQUE - INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR, JUNIANA TORRES COSTA - INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR

**Introdução:** O gerenciamento de risco no ambiente hospitalar deve ser realizado de forma proativa criando-se barreiras e contenções que previnam a ocorrência de eventos. No entanto, quando apesar das contenções, um evento de grandes proporções são as contingências que norteiam a instituição no intuito de controlar os danos por eles causados e evitar que a qualidade e segurança da assistência sejam comprometidas. **Objetivos:** Deliberar as ações emergenciais a fim de mitigar os danos e evitar que o desabastecimento causado pelo incêndio comprometesse a segurança e qualidade da assistência prestada. **Descrição da execução:** Após o incêndio que atingiu a Central de Abastecimento Farmacêutico restou para consumo apenas o material disponível na sede do hospital. No dia seguinte ao evento, considerando a necessidade de atualizar o indicador de cobertura de estoque, ferramenta utilizada para monitoramento das condições de abastecimento, foi realizado o inventário das famílias envolvidas a fim de retificar o estoque viável para consumo. Os itens foram então segregados por curva de criticidade e tempo de cobertura de estoque. Foram abertas compras emergenciais de todos os itens padronizados com estoque inferior a 15 dias. Em paralelo, foram geradas novas autorizações de faturamento dos itens de contrato e compra programada e orientadas transferências dos insumos críticos provenientes dos demais equipamentos de saúde gerenciados pela mesma Organização Social, reabastecendo os itens até recebimento dos insumos recém adquiridos. **Análise crítica dos resultados:** O indicador de cobertura de estoque não apresentou variação quando comparado a média do primeiro trimestre de 2022, mantendo-se em 98%, aproximadamente. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade no cuidado:** Conclui-se que as ações contingenciais foram efetivas para redução dos danos causados, promovendo a reposição rápida e eficiente dos insumos perdidos e evitando prejuízos à assistência prestada aos pacientes. Definiu-se por registrar e divulgar essas ações como um Plano de Catástrofe Institucional.

Existência de financiamentos: As ações deliberadas foram custeadas pela própria instituição.

## 26147 - ESTRATÉGIAS PARA PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO NA PANDEMIA COVID 19 EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

LUANA FERREIRA DE ALMEIDA - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, DAYSE CARVALHO NASCIMENTO - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, GRACIETE SARAIVA MARQUES - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, MÔNICA RODRIGUES DA CRUZ - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, RENATA DE OLIVEIRA MACIEL - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

**Introdução:** O enfrentamento à pandemia do COVID 19 trouxe ações específicas para a prevenção de lesões de pele nos pacientes e nos profissionais de saúde, associadas ao uso de equipamentos de proteção individuais e à posição prona. **Objetivo:** Relatar a experiência sobre as estratégias elaboradas para promover a prevenção de lesão por pressão em um hospital universitário durante a pandemia da COVID 19. **Descrição da execução:** Atividade realizada entre março e julho de 2020, em um hospital universitário do Rio de Janeiro, referência no tratamento da COVID 19. Primeiramente, foi realizada busca em literatura nacional e internacional sobre prevenção de lesão por pressão em pacientes e profissionais de saúde. Os dados foram compilados, revisados pelos pares, e após, iniciou-se a construção de fluxos para a divulgação. **Análise crítica dos resultados:** Foram elaborados materiais sobre: Prona em paciente adulto no contexto da pandemia da COVID 19; Prevenção de lesão por pressão na Posição prona; Checklist para a posição prona e Prevenção de lesão por pressão relacionada a dispositivo médico em profissionais de saúde. Quanto aos cuidados na posição prona, abordou-se a indicação do posicionamento, avaliação do paciente pré-execução, verificação pós manobra e cuidados realizados. Além disso, demonstrou o correto posicionamento dos membros e cabeça na posição prona. O fluxo de prevenção de lesão na posição prona teve como objetivo direcionar a avaliação de risco do paciente nessa posição, tanto na enfermaria, quanto na unidade de terapia intensiva. Buscou orientar sobre os cuidados com a pele e dispositivos invasivos presentes na cabeça, mamas, tórax, genitália, pernas e pés. Para a verificação dos cuidados preconizados antes, durante e após a posição prona foi elaborado, um checklist, no intuito do profissional confirmar a realização do cuidado preconizado institucionalmente para a prevenção de incidentes e eventos adversos, incluindo a lesão por pressão. Em relação à prevenção de LPRDM em profissionais de saúde, abordou-se duas etapas: monitoramento da pele e cuidados. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** A experiência foi considerada positiva, podendo ser aplicada em outros contextos, contribuindo para a qualidade do cuidado, prevenção de eventos adversos, redução de custos e do tempo de internação.

## 26403 - ESTRUTURAÇÃO DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UM HOSPITAL ONCOLÓGICO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

CARLA GRAZIELA CARVALHO MATOS - HOSPITAL DE AMOR (BARRETOS-SP), MARCOS MASSUDA - HOSPITAL DE AMOR (BARRETOS-SP), LETÍCIA BONAFIM DE SOUZA - HOSPITAL DE AMOR (BARRETOS-SP), CRISTINA PRATA AMENDOLA - HOSPITAL DE AMOR (BARRETOS-SP), SUSANA MARIA GARCIA DOS REIS - HOSPITAL DE AMOR (BARRETOS-SP), RICARDO DOS REIS - HOSPITAL DE AMOR (BARRETOS-SP)

**Introdução:** Em 2013 foi lançado pelo Ministério da Saúde o Programa Nacional de Segurança do Paciente, pelo Ministério da Saúde, um dos objetivos do programa é instituir a obrigatoriedade dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) como uma “instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a disseminação de ações voltadas à segurança do paciente”<sup>1,2</sup>. **Objetivo:** A estruturação do NSP iniciou-se da necessidade de adotar uma conformação que acolhesse as necessidades do público alvo de um hospital oncológico de atendimento ao paciente adulto e da organização deste serviço. **Descrição da execução:** Seguindo os princípios da RDC nº. 36/2013, o departamento de Governança Clínica (GC) desenvolveu, em conjunto com a diretoria clínica, um novo modelo de NSP, este planejamento teve início em 2021 e foi colocado em prática em fevereiro de 2022. Para compor o NSP foram convidados profissionais de diferentes categorias e especialidades, além de representantes da diretoria clínica e médica, da gerência administrativa, das comissões da tecnovigilância e hemovigilância, da educação corporativa e da equipe de GC, totalizando 43 participantes. Os membros do NSP foram subdivididos em três grupos de trabalho, são eles: Grupo de Gerenciamento de riscos; Grupo de Disclosure e Grupo de Auditoria Interna. Desde o início das ações do NSP são realizadas capacitações específicas para os temas abordados em cada grupo. **Análise crítica dos resultados:** O processo de reestruturação do NSP tem demonstrado êxito no desenvolvendo das ações proposta, cumprindo os objetivos de monitorar, analisar os eventos adversos e propor melhorias para reduzir sua incidência, promovendo melhorias relacionadas à segurança do paciente e a qualidade dos processos na instituição. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** A escolha de representantes de diversas categorias profissionais e especialidades têm representando um ganho importante na promoção e apoio a cultura de segurança nos departamentos da instituição.

**26440 - EXPERIÊNCIA MULTIDISCIPLINAR NA MITIGAÇÃO DO DESABASTECIMENTO DE FÁRMACOS DURANTE A PANDEMIA COVID-19**

VALÉRIA SANTOS BEZERRA - HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO DO RECIFE - PE, LUIS ANTONIO DOS SANTOS DIEGO - UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, MÁRIO BORGES ROSA - ISMP, SIMONE DALLA POZZA MAHMUD - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE - RS, SONIA SILVA RAMIREZ – SOBRASP

**Introdução:** O desabastecimento é considerado um grave problema de saúde pública e foi evidenciado mundialmente em decorrência da crise sanitária provocada pela pandemia por covid-19. Buscando minorar esse importante problema, entidades científicas brasileiras se uniram para desenvolver ações conjuntas voltadas ao enfrentamento da escassez de tecnologias. **Objetivos:** As ações das sociedades tiveram como o objetivo de nortear os estabelecimentos de saúde na gestão da farmacoterapia envolvendo o manejo de pacientes críticos, em cenário de escassez extrema de recursos, resultante da pandemia pela Covid-19. **Descrição da execução:** Em 2021, por meio de sessões ordinárias e extraordinárias, as entidades científicas elaboraram documentos orientativos, que subsidiaram alternativas de contingência, considerando o desabastecimento. Foram realizadas dezenas de reuniões junto a órgãos regulatórios/governamentais, com monitoramento periódico das coberturas estaduais/municipais de medicamentos imprescindíveis à assistência, especialmente voltados ao cuidado dos pacientes acometidos pela covid-19, em uso de ventilação mecânica. Foram publicados vários documentos técnicos, propondo substituições terapêuticas e de formas farmacêuticas, ajustes posológicos, revisão de condutas e de processos, sempre com ênfase na segurança do paciente/uso seguro de medicamentos, mesmo em um cenário de grande adversidade. **Análise crítica dos resultados:** A instabilidade do mercado mundial, gerada tanto pela indisponibilidade de produtos, quanto pela variedade, já que as regras de importação foram provisoriamente flexibilizadas, foi um grande desafio enfrentado na pandemia, e essas publicações certamente subsidiaram o apoio técnico tão necessário ao governo e aos profissionais, com impacto positivo na tomada de decisão clínica, nos desfechos assistenciais, segurança do paciente e redução de custos. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** A gestão de riscos deve ser transversal, considerando também o acesso a medicamentos, pois têm relação direta com a segurança do paciente, revelada de maneira tão acentuada durante a pandemia. A crise sanitária também realçou o quando é necessário que esta discussão seja conjunta, multidisciplinar, compreendendo que o sistema de saúde deve ser visto como um ecossistema, cuja complexidade exige o envolvimento de todas as esferas. Dessa forma, a parceria das entidades funcionou, sobretudo, como fonte de comunicação e engajamento, fundamentais à segurança do paciente.



## 26330 - GESTÃO DE DOCUMENTOS: UMA EXPERIÊNCIA EXITOSA PARA A QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE

GRACIELE TRENTIN - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO-HU/UFSC-EBSERH, ISABEL MACHADO CANABARRO - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO-HU/UFSC-EBSERH, JAQUELINE NUNES FLORES - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO-HU/UFSC-EBSERH, MARCUS SETALLY AZEVEDO MACENA - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO-HU/UFSC-EBSERH (SC)

**Introdução:** A gestão de documentos consiste no estabelecimento de regras para garantir a elaboração, padronização, controle, distribuição, divulgação de documentos técnicos que apoiam os processos operacionais, táticos e estratégicos. Além disso, contribui para aplicação das melhores práticas relacionadas a assistência à saúde e prevenção de incidentes e eventos adversos. **Objetivo:** Compartilhar a experiência exitosa obtida com a estruturação do escritório de gestão de documentos num Hospital Universitário Federal, essa atividade integra o Programa de Gestão da Qualidade. Em 2021, foi criado um Grupo de trabalho multidisciplinar para estruturar todas as etapas da gestão de documentos, para isso foram empregadas ferramentas tecnológicas e da qualidade. Iniciou-se com brainstorm, seguido do mapeamento e construção do fluxograma, para isso foi utilizada a ferramenta 5W2H e o software Bizagi®. **Descrição da execução:** Para a publicização e acesso aos documentos foi desenvolvido na intranet um repositório com buscador para facilitar a pesquisa por palavra-chave. Criado um Infográfico com todas as etapas do processo de forma simplificada, e lista mestra para controle documental. Para gerenciamento e operacionalização das atividades do escritório de documentos, foram utilizadas ferramentas como o Kanban, softwares da Microsoft® (Planner, Teams, Excel), correio eletrônico. Para a divulgação do fluxo de gestão de documentos utilizou-se a intranet, internet e vídeos explicativos. Durante esse trabalho, foram utilizadas ferramentas já disponibilizadas pelo hospital e de fácil acesso de todos os profissionais o que facilitou a adesão e sua utilização. **Análise crítica dos resultados:** Observou-se o envolvimento dos profissionais de todo o hospital na produção dos documentos técnicos e acesso aos documentos publicizados. Sendo elaborados e publicizados 203 novos documentos até junho de 2022. Durante essa construção oportunidades de melhoria foram identificadas como mais ações em educação permanente sobre a temática da gestão da qualidade, da padronização e implementação de protocolos visando a segurança do paciente. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** A busca permanente por novas formas, associando à tecnologia para otimizar o processo de gestão documental precisa ser uma característica dos serviços de saúde, fomentando o cuidado de qualidade e seguro, valorizando o trabalhador como agente ativo que constrói e promove a cogestão documental com qualidade e eficiência.

**26189 - HOSPITALIZAÇÃO E MORTALIDADE POR DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATORIO NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA**

KARLEANDRO PEREIRA DO NASCIMENTO - HOSPITAL DE MESSEJANA DR. CARLOS ALBERTO STUDART GOMES, SUZANA CARVALHO PINTO DE MELO - HOSPITAL DE MESSEJANA DR. CARLOS ALBERTO STUDART GOMES, JULIANA DE SOUZA NUNES - HOSPITAL DE MESSEJANA DR. CARLOS ALBERTO STUDART GOMES, JULIANE NEGREIROS BESSA CAMPELO - HOSPITAL DE MESSEJANA DR. CARLOS ALBERTO STUDART GOMES, MARLIETE MOURA GADELHA - HOSPITAL DE MESSEJANA DR. CARLOS ALBERTO STUDART GOMES, ISABELLE BARBOSA PONTES - HOSPITAL DE MESSEJANA DR. CARLOS ALBERTO STUDART GOMES (FORTALEZA/CE)

**Introdução:** As doenças do aparelho circulatório, são a principal causa mundial de mortalidade, correspondendo a aproximadamente um terço de todos os óbitos. Devido a relevância do tema para a saúde pública, conhecer os indicadores epidemiológicos contribui para a prevenção primária em saúde e redução das taxas de mortalidade por estas doenças. **Objetivo:** Analisar os números de internação hospitalar e óbitos por doenças do aparelho circulatório no município de Fortaleza, Estado do Ceará, no período de 2017 a 2021. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo, documental com abordagem quantitativa. Os dados epidemiológicos foram coletados no mês de junho de 2022 no banco de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) através das Informações em Saúde do Programa TabNet. Calcularam-se as taxas de óbitos por local de internação hospitalar segundo capítulo CID-10 doenças do aparelho circulatório, faixa etária, sexo, caráter de atendimento (eletivo ou urgência) e período (2017-2021). **Resultados:** O estudo revelou que no ano de 2017 houve um total de 1.607 mortes por doenças do aparelho circulatório correspondendo a menor ocorrência no período analisado, em contrapartida, o ano de 2021 representou a maior taxa de mortalidade por este grupo de doenças (2.182 registros). Dentro do período quinquenário avaliado houve um total de 8.807 hospitalizações por estas doenças e uma progressão crescente dos óbitos. Considerando a faixa etária, as maiores taxas de internação hospitalar em ambos os sexos corresponderam ao grupo de indivíduos de 70 a 79 anos de idade, com o maior número de internamentos no ano de 2021 (606 registros). Quanto ao sexo, a relação de mortalidade apresentou-se equivalente. Com relação ao caráter de atendimento no serviço de saúde a descrição urgente obteve predominância (8.516 registros) e a natureza eletiva representou 291 atendimentos registrados. As principais causas de doença do aparelho circulatório dentro do período analisado foram a insuficiência cardíaca, o acidente vascular cerebral e o infarto agudo do miocárdio. **Conclusão:** As informações de mortalidade hospitalar, apesar de restritas ou subnotificadas, são de extrema importância para o diagnóstico situacional e possibilitam a definição de ações para prevenção das causas modificáveis e melhoria da assistência.

**26070 - IMPACTO DO PROTOCOLO DE VINCULAÇÃO DA GESTANTE NO HOSPITAL REGIONAL NORTE- CE**

EVELINE VALERIANO MOURA LINHARES - UNINTA, HRN, ALINE VALERIANO MOURA CORDEIRO - UNINTA, HRN, RENATA NOGUEIRA ANDRADE - UNINTA, HRN, EDUARDA BANDEIRA MASCARENHAS - UNINTA, MARIA EDUARDA DE ARAÚJO MARTINS - UNINTA, LARISSA CUNHA ALVES - UNINTA, HRN (SOBRAL/CE)

**Introdução:** No ciclo gravídico-puerperal há risco de intercorrências, sendo necessário um cuidado direcionado. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) morrem mais de meio milhão de mulheres no mundo anualmente, por complicações. O sistema de saúde tem dificuldades em estratificar o risco e analisar os eventos que levaram aos óbitos. Muitas vezes isto se dá por carência de protocolos. A vinculação das gestantes aos serviços permite organizar a rede de atenção, e favorecer o acolhimento. Analisamos a prevalência dos óbitos maternos, dentro deste perfil, ocorridos no Hospital Regional Norte (HRN), para entender quais abordagens devem ser trabalhadas. **Objetivo:** Demonstrar a importância da vinculação das gestantes, conhecer seu impacto e a taxa de mortalidade materna (TMM). **Descrição da execução:** Analisamos o protocolo de vinculação, através do seu emprego no serviço secundário- Policlínica Bernardo Vieira- interligado ao HRN. Foi realizado estudo observacional dos óbitos maternos ocorridos no HRN, conforme a modalidade de acesso- vinculação ou regulação CRESUS- de 2017 a 2021. **Análise crítica dos resultados:** O protocolo de vinculação escrito em 2019 visa favorecer o direcionamento das gestantes de alto risco atendidas na Policlínica- HRN. Os indicadores do serviço analisam a sua eficácia, pois os dados mostram que o número de vinculadas cresce a cada ano. Em 2017 foram 821 gestantes, em 2018 houve aumento, totalizando 1077. Em 2019, após a implantação do protocolo de vinculação, novo aumento de 49,3% em relação ao ano anterior. Em 2020 ocorreu diminuição de 15,9%, que pode ser justificada pela pandemia de Covid-19. No ano de 2021, mesmo na vigência de Covid-19, o número de vinculadas, começou a subir novamente, totalizando 1524. A TMM se mostrou proporcionalmente superior entre as pacientes reguladas. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** A vinculação pode reduzir ou mesmo prevenir complicações obstétricas, abreviando as demoras que levam a mau resultado. É necessário ampliar esta atenção, na cobertura do pré-natal alto risco, aproximando a paciente do serviço terciário que vai acolhê-la. Com a aplicação de protocolos, referenciamos a gestante oportunamente para os serviços secundários e terciários. Também com fluxos e acessos bem delineados, evitamos sobrecarregar os serviços, e interligamos a rede.

## 26453 - IMPLANTAÇÃO DE UM NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

JULIANNE DE AREA LEAO PEREIRA DA SILVA - HOSPITAL DA ILHA, SÃO LUÍS-MA, TEREZA NUNES PEREIRA - HOSPITAL DA ILHA, SÃO LUÍS-MA, VANESSA FERNANDA SILVA DE ARAÚJO - HOSPITAL DA ILHA, SÃO LUÍS-MA, GERBESON CARLOS FERREIRA DA SILVA - HOSPITAL DA ILHA, SÃO LUÍS-MA, MARIA CARLOTA SODRE SOUZA - HOSPITAL DA ILHA, SÃO LUÍS-MA, MARA MANOELA MATOS - HOSPITAL DA ILHA, SÃO LUÍS-MA

**Introdução:** A segurança do paciente visa garantir a redução dos riscos e danos desnecessários associados à saúde ao mínimo aceitável. A temática ainda é um grande desafio para as instituições de saúde, exigindo o aperfeiçoamento da qualidade da assistência na prestação de serviços. No Brasil, a cultura de segurança tornou-se prioridade em 2013 a partir da promulgação do Programa Nacional de Segurança do Paciente que determinou a obrigatoriedade da criação dos Núcleos de Segurança do Paciente em todos os serviços de saúde, visando promover a prática de ações seguras, por meio de protocolos para evitar falhas assistenciais. **Objetivo:** Relatar a experiência de uma enfermeira no processo de implantação do Núcleo de Segurança do Paciente segundo a RDC nº 36 de 2013. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo de natureza qualitativa na modalidade de relato de experiência que descreveu a experiência de uma enfermeira coordenadora do núcleo de segurança do paciente do Hospital da Ilha em São Luís do Maranhão. **Resultados:** Com este relato foi possível evidenciar o papel fundamental da enfermeira responsável pela coordenação e implantação do plano e núcleo de segurança do paciente, e o regimento interno, com base nos requisitos estabelecidos pela RDC nº 36. Conforme a utilização dos protocolos e portarias, o núcleo foi capaz de promover mecanismos para avaliar a existência de processos e procedimentos realizados sem conformidade. Além disso, com o início do monitoramento, foram desenvolvidas ações de identificação correta dos pacientes, prevenção de quedas e de LPP entre outras, visando garantir uma assistência de qualidade aos pacientes atendidos no hospital, através de gerenciamento de riscos assistenciais, garantindo a segurança na assistência. **Conclusão:** Frente as vivências, os resultados evidenciaram que existem muitos desafios a serem enfrentados para um núcleo se manter atuante, apesar disto, verificou-se uma melhora na organização dos serviços após sua implantação. Ressalta-se ainda a importância do apoio da gestão do hospital e a gerência de enfermagem para o desenvolvimento de todas as ações instituídas, além da necessidade de aperfeiçoamento por meio de educação permanente e continuada com a equipe e o estabelecimento de protocolos e a fiscalização para melhorar a qualidade da assistência à saúde do cliente.

## 26314 - IMPLEMENTAÇÃO DE BARREIRAS DE SEGURANÇA NA PRESCRIÇÃO ELETRÔNICA DE HEPARINA ENDOVENOSA

ALINE MARIA BONINI MOYSÉS - HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, LAURA MARTINS VALDEVITE PEREIRA - HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, KATIA MARIA PADULA - HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, MARIA EULÁLIA LESSA DO VALLE DALLORA - HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

**Introdução:** Os medicamentos classificados como potencialmente perigosos (MPP), como a heparina, podem aumentar a possibilidade de danos ao paciente. As condições clínicas do paciente, extremos de idade e a organização dos processos de trabalho na área saúde, são fatores contribuintes para a ocorrência de incidentes relacionados ao uso dos MPP. O Hospital foi referência no tratamento da COVID-19 e, diante disto, fez-se necessária a realocação e a contratação emergencial de profissionais da saúde, além de mudanças nos processos, que associadas à carga emocional no enfrentamento da pandemia, potencializaram a ocorrência de incidentes. Grande parte dos pacientes com COVID-19 foram assistidos nos centros de tratamento intensivo (CTI), onde é frequente o uso de heparina endovenosa (EV), o que pode aumentar o risco de eventos adversos.

**Objetivo:** Implementar barreiras de segurança na prescrição eletrônica de heparina. **Descrição da execução:** Foram reunidos representantes das equipes médica, de enfermagem e da farmácia, que sob a coordenação do Serviço de Gerenciamento de Risco, revisaram o Protocolo de Anticoagulação Plena, definindo as barreiras de segurança a serem implantadas no sistema eletrônico de prescrição médica, e estas foram divulgadas no e-mail institucional. **Resultados:** Envio de mensagens de alerta de segurança no momento da prescrição da heparina EV, informando a necessidade de solicitação de exames laboratoriais para monitoramento; definição de regras de diluição padrão e de velocidade de infusão das soluções; controle de dose máxima e alerta frente às alterações dos parâmetros do Tempo de Tromboplastina sérica e orientações para ajuste de dose e monitoramento do paciente. **Análise crítica dos resultados:** Foram avaliados os alertas emitidos após três meses de implantação, sendo identificados os tipos de ocorrências e as condutas clínicas adotadas. A partir destas discussões foram feitos ajustes nos parâmetros estabelecidos e reorientações dos prescritores. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** A implantação de barreiras eletrônicas de segurança na prescrição médica, aliada à expertise técnica dos profissionais de saúde elevou a qualidade do cuidado prestado e mitigou a ocorrência de eventos adversos.

## 26148 - INCIDENTES RELACIONADOS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE NOTIFICADOS NA REGIÃO NORDESTE DO BRASIL

JOSÉ AUGUSTINHO MENDES SANTOS - UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA- UNB, HELAINE CARNEIRO CAPUCHO - UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA- UNB; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA- ANVISA., JULYS DA FONSECA PALMEIRA - UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA-UNB, SAMYRA MARA COELHO CAXITO - UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA-UNB, CÁSSIO MAIA PESSANHA - UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA-UNB, MARIANA NUNES DO AMARAL BRAZ - UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA-UNB

**Introdução:** Os incidentes na área da saúde são caracterizados pelos eventos ou circunstâncias que poderiam ter resultado, ou resultaram, em dano desnecessário ao paciente. Estima-se que 421 milhões de internações ocorram anualmente no mundo e em 10% delas é notificado um incidente.

**Objetivo:** Descrever o perfil dos incidentes relacionados à assistência à saúde notificados na região nordeste do Brasil. **Método:** Estudo descritivo, quantitativo, que utilizou os relatórios de incidentes relacionados à saúde elaborados pela ANVISA, a partir das notificações realizadas pelos Núcleos de Segurança do Paciente no Sistema NOTIVISA, pelos estados que compõem a região Nordeste do Brasil, no período de junho de 2021 a maio de 2022. A coleta dos dados foi realizada no mês de junho de 2022 e as variáveis analisadas foram: estado de notificação, número de incidentes notificados, faixa etária do paciente, tipo de incidente, local de ocorrência e grau de dano causado. Após a coleta, os dados foram tabulados no Microsoft Excel e analisados estatisticamente.

**Resultados:** Foram notificados na região nordeste 58.630 incidentes, sendo o estado de Pernambuco o de maior número de notificações (21,6%), seguido de: Maranhão (15,5%), Bahia (14%), Ceará (12,5%), Paraíba (11,8%), Piauí (10,7%), Rio Grande do Norte (6,7%), Alagoas (4,1%) e Sergipe (3%). Dos incidentes, a lesão por pressão (LPP) foi o mais frequente (24,1%), à frente de: falhas durante à assistência à saúde (16,1%), falhas envolvendo cateter venoso (15,8%), falhas na identificação do paciente (10,6%), falhas envolvendo sondas (10,6%) e dos demais (22,8%). Destaca-se que 85,4% desses incidentes ocorreram no ambiente hospitalar. Quanto ao grau de dano causado ao paciente, 44,7% foram considerados como leve, seguido de nenhum dano (36%), moderado (16,3%), grave (2,7%) e óbito (0,4%). A respeito da faixa etária dos pacientes, 34,9% tinham 66 anos ou mais, seguidos de pacientes com idade 18 a 45 anos (26,4%).

**Conclusão:** Na região Nordeste há uma predominância de incidentes ocorridos no ambiente hospitalar, sendo os idosos o grupo de indivíduos mais acometido. Além disso, houve um registro de mais de 200 óbitos decorrentes de tais incidentes. Estes indícios sugerem a necessidade de um aprofundamento nas causas que levam a ocorrência de tais incidentes, principalmente da LPP, visto que existem diversas estratégias de prevenção.

**26239 - INCIDENTES RELACIONADOS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE NOTIFICADOS NO RIO DE JANEIRO NO ANO DE 2021**

CÁSSIO MAIA PESSANHA - UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA, SAMYRA MARA COELHO CAXITO - UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA, JULYS DA FONSECA PALMEIRA - UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA, JOSÉ AUGUSTINHO MENDES SANTOS - UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA, MARIANA NUNES DO AMARAL BRAZ - UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA, HELAINE CARNEIRO CAPUCHO - UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA, AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

**Introdução:** Notificações de incidentes relacionados ao cuidado em saúde fornecem informações úteis para a melhoria da qualidade e da segurança. A análise desses incidentes também revela que sua ocorrência pode estar relacionada com o acúmulo de falhas ao longo do atendimento ao paciente. **Objetivo:** Descrever o perfil de incidentes relacionados à assistência à saúde notificados no estado do Rio de Janeiro entre janeiro e dezembro de 2021. **Método:** Estudo descritivo, com abordagem quantitativa, a partir do relatório de incidentes relacionados à assistência à saúde, divulgado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e elaborado com base em registros no Sistema de Notificações de Vigilância Sanitária (Notivisa) entre janeiro e dezembro de 2021. As variáveis de interesse foram: número de incidentes notificados por tipo de serviço de saúde, tipo de incidentes mais notificados, grau do dano dos incidentes notificados, incidentes segundo faixa etária dos pacientes. Os dados foram tabulados no Microsoft Excel e analisados por estatística descritiva. **Resultados:** Foram notificados 7.892 incidentes no estado do Rio de Janeiro no ano de 2021. Desses, 6.690 (84,8%) ocorreram em hospitais, seguidos de serviço exclusivo de urgência/emergência (3,3%), ambulatório (0,9%), outros (0,8%), serviços de hemodiálise (0,2%) e radiologia (0,2%). Os três incidentes mais notificados foram, respectivamente: úlcera por pressão (23,1%), queda do paciente (17,49%) e falhas durante a assistência à saúde (16,94%). Em relação ao grau dos danos dos incidentes notificados, 3.044 (38,57%) não causaram nenhum dano aos pacientes, 3.633 (46,03%) danos leves, 1.018 (12,90%) danos moderados, 116 (1,47%) danos graves e 81 (1,03%) causaram óbito. Falhas durante a assistência à saúde são o tipo de incidente que mais resultou em óbitos (60,49% do total) e as lesões por pressão estágio III e IV são responsáveis por 92,47% dos “never events” notificados. Pacientes acima de 56 anos foram os que mais sofreram incidentes (60,96%). **Conclusão:** A maioria das notificações é oriunda de incidentes ocorridos em hospitais, com danos leves ou sem danos e atingem, majoritariamente, pacientes idosos. Estabelecer perfil dos incidentes notificados é fundamental para o planejamento e execução de ações – além dos protocolos básicos - voltadas para prevenção de novos casos, sobretudo, em populações de alto risco.

## 26007 - INCIDÊNCIA DE LESÃO POR PRESSÃO EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

GISELE OLIVEIRA CAMILO - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, LUANA FERREIRA DE ALMEIDA - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, DAYSE CARVALHO DO NASCIMENTO - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, NORMA VALÉRIA DANTAS DE OLIVEIRA SOUZA - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, GABRIELA DE OLIVEIRA PALOQUINO - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, VIVIANI SIQUEIRA GONÇALVES - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (RJ)

**Introdução:** As lesões por pressão (LP) correspondem a “never events” e estão relacionadas a fatores intrínsecos e extrínsecos do paciente, tais como idade, percepção sensorial, umidade, idade, imobilidade, nutrição e cisalhamento. Tais lesões geram danos, tanto para o paciente quanto para a instituição de saúde, que podem ser mais significativos quando ocorrem em pacientes internados nas unidades de terapia intensiva (UTIs). **Objetivo:** Identificar a incidência de LP de pacientes em UTI. **Método:** Estudo descritivo, retrospectivo, documental, quantitativo, realizado em maio de 2022, em um hospital universitário do Rio de Janeiro. Os dados foram coletados a partir dos registros do número de pacientes em UTI com LP nova no período de janeiro de 2021 a abril de 2022. Os resultados foram analisados através de estatística descritiva simples. Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa segundo o número 4.747.146. **Resultados:** Verificou-se 133 casos novos de LP, correspondendo a uma incidência de 23,46%. O local mais acometido foi a região sacral (38,35%). E o estágio 2 foi a classificação mais prevalente (33,08%). **Discussão:** A partir de 2020, com a pandemia da COVID 19, intensificou-se a divulgação do protocolo institucional para prevenção de LP, com aumento da capacitação da equipe multiprofissional e maior sensibilização de enfermeiros para o registro desse evento adverso. Tal medida se estendeu para os anos de 2021. Os dados deste estudo contrapõem os resultados de uma pesquisa realizada em outro hospital de ensino, no qual a incidência de LP foi de 30,3% (Santos et al, 2021). Na UTI, a mobilidade no leito fica prejudicada, pois os pacientes, em geral, encontram-se acamados. Somado a isso, deve-se considerar os fatores nutricionais e a perfusão sanguínea, que pode estar prejudicada pela doença ou pelo uso de medicamentos (Strazzieri-Pulido; González; Nogueira; Padilha; Santos, 2019). **Conclusão:** A incidência de LP se deu a partir dos aspectos relacionados aos pacientes acometidos ou não pela COVID 19, pelas ações de medidas preventivas e pela sensibilização dos profissionais quanto ao registro de casos novos. Recomenda-se a continuidade da avaliação dos riscos na admissão e diariamente, implementação e registros de cuidados relacionados ao risco identificado; engajamento da família e valorização da experiência do paciente.



## 26119 - MELHORIA DO PROCESSO DE NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM HOSPITAL PÚBLICO REGIONAL

ROSÁLIA TERESA CARVALHO DE ALMEIDA MEDEIROS - UFRN, ZENEWTON ANDRÉ DA SILVA GAMA - UFRN, JUAREZA CARLOS DE LIMA - HRP, RAFAEL JOSÉ LEITÃO MÉLO DA COSTA – HRP (SOBRAL/CE)

**Introdução:** A notificação dos incidentes de segurança do paciente precisa ser estimulada nas organizações de saúde a fim de subsidiar a aprendizagem e melhoria contínua. Alguns fatores ainda dificultam a notificação, com destaque para a baixa cultura de segurança do paciente. **Objetivo:** Aumentar o nível de qualidade do processo de notificação e aprendizagem, a partir do número e diversidade dos incidentes de segurança do paciente em um hospital público regional. **Método:** Projeto de melhoria da qualidade realizado de janeiro de 2021 a junho de 2022, no Hospital Regional de Palmares. O desenho do estudo foi quase experimental, misto, com análises antes e depois e de série temporal. Identificada a oportunidade de melhoria: baixo número de notificações de incidentes de segurança do paciente, realizou-se a análise das causas através do Diagrama de Ishikawa, onde a baixa cultura de segurança do paciente foi classificada como uma causa não quantificada. O contexto para a melhoria foi analisado através do modelo MUSIQ e realizada a avaliação da Cultura de Segurança do Paciente antes e depois das intervenções. Foram planejadas 12 intervenções de forma participativa e multifacetada, abrangendo: Desenvolvimento de Liderança; Regulação e Padrões; Capacidade Organizacional e Sistemas de Informação, agrupadas no Diagrama de Afinidades. Para medir a melhoria elaborou-se critérios quantitativos, com dados de processo, sendo analisadas todas as notificações mensalmente. **Resultados:** A avaliação do MUSIQ apresentou score 118, indicando possível sucesso do projeto, mas enfrentaria barreiras contextuais. A comparação entre os resultados de 2 avaliações da CSP demonstrou melhoria absoluta de 24,1% em relação à frequência de eventos notificados. Das 12 ações planejadas, 10 foram implementadas, sendo as de Desenvolvimento de Liderança, as que demonstraram maior utilidade. Os gráficos de tendência demonstraram variação significativa em 4 critérios, com resultados acima da mediana em pelo menos seis meses consecutivos, configurando uma mudança de padrão com um valor  $p < 0,05$ . **Conclusão:** O projeto foi útil para promover o aumento das notificações dos incidentes de segurança do paciente pelos profissionais e para promover o registro dos incidentes no sistema NOTIVISA. Deve-se manter o projeto e implementar novas ações para ampliar seus resultados, sobretudo nos critérios de aprendizagem.

## 26245 - MONITORAMENTO DA SEGURANÇA DO PACIENTE EM REDE HOSPITALAR PÚBLICA PARA SENSIBILIZAÇÃO DE GESTORES

SONIA SILVA RAMIREZ - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMS RIO, TERESA CRISTINA BRASIL FERREIRA - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMS RIO

**Introdução:** Estratégias, ferramentas e abordagens que buscam a segurança do paciente têm sido aplicadas mais e mais a cada dia. O fortalecimento das ações internas em cada serviço, com participação das lideranças locais, e não apenas iniciativas governamentais, são essenciais para bons resultados. **Objetivo:** Monitorar a gestão dos riscos assistenciais e segurança do paciente nos serviços hospitalares, envolvendo os gestores locais, para incentivo e compreensão dos avanços na temática. **Metodologia:** Em 2021 foram entrevistados 21 dos 26 serviços de uma rede hospitalar pública com Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) constituídos e avaliados anteriormente (2015 e 2017), pela equipe de gestão de nível central. Durante visitas aos hospitais, representantes dos NSP responderam ao Questionário Avaliação da Gestão de Riscos Assistenciais em Serviços de Saúde – AGRASS. Tal instrumento foi selecionado por estar validado e abranger expectativas desejadas. Para um maior envolvimento da gestão, a assinatura do diretor era requerida ao final. **Resultados:** Em sua maioria, os serviços promoveram ações de sensibilização para a segurança do paciente (90,5%), com boa utilização de cartazes e folders (95,2%). Todos elaboraram um Plano de Segurança do Paciente, embora apenas 47,6% dispunham de profissionais com dedicação de carga horária formalizada para as atividades. Quanto à infraestrutura para funcionamento, 61,9% encontravam-se satisfatórias. Havia capacitação na área em 80,9% dos serviços e 42,9% avaliaram a cultura de segurança. 90,5% dos serviços utilizavam um sistema interno de notificações e 57,1% divulgaram a lista de eventos sentinela. A maioria (76,2%) monitorava as metas internacionais de segurança do paciente, 73,7% realizavam rondas de segurança e 78,9% notificavam ao Notivisa. No ano anterior, 35,3% foram classificados em alta, 47,1% em média e 17,6% em baixa adesão às práticas de segurança. **Conclusão:** A falta de carga horária formal para as atividades dos profissionais de gestão dos riscos assistenciais, apresentada por mais da metade dos serviços, pode estar associada à necessidade de um maior envolvimento das lideranças locais com a temática. Apesar disso, 82,4% estiveram classificados entre média e alta adesão às práticas de segurança do paciente o que pôde estar relacionado aos incentivos desenvolvidos desde 2015.

**26192 - MONITORAMENTO DE INDICADORES COMO FERRAMENTA PARA CICLOS DE MELHORIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA EXITOSA**

AMANDA UMBELINO TRIGUEIRO BEZERRA - PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA QUALIDADE EM SERVIÇOS DE SAÚDE - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE; HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANA BEZERRA – EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES/ UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, CARLLA CILENE ALVES DANTAS PETRÔNIO - PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA QUALIDADE EM SERVIÇOS DE SAÚDE - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE; HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANA BEZERRA – EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES/ UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, WILTON RODRIGUES MEDEIROS - PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA QUALIDADE EM SERVIÇOS DE SAÚDE - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE; HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANA BEZERRA – EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES/ UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, TATYANA MARIA SILVA DE SOUZA ROSENDO - PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA QUALIDADE EM SERVIÇOS DE SAÚDE - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

**Introdução:** O monitoramento por meio de indicadores é uma medição planejada e periódica de uma série de características que resumem a qualidade, tendo como principal finalidade identificar problemas ou oportunidades de melhorias e assim subsidiar um planejamento baseado em dados. Portanto, torna-se relevante descrever a experiência de gestão acerca dos indicadores utilizados para o monitoramento da qualidade nos serviços de apoio às atividades assistenciais desenvolvidos em um Hospital Universitário. **Objetivo:** Descrever a experiência exitosa acerca da utilização de indicadores como forma de monitorar a qualidade dos serviços de apoio à assistência e planejar ciclos de melhoria desenvolvidos pela Hotelaria Hospitalar, em um Hospital Universitário. **Descrição da execução:** Em abril de 2015 foram implantados pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), os Cadernos de Processos e Práticas de Hotelaria Hospitalar junto aos hospitais universitários geridos pela organização. A partir da normatização dos processos, de fevereiro de 2018 até os dias atuais, uma instituição hospitalar especializada em assistência materno-infantil, localizada no interior do Rio Grande do Norte (RN), passou a registrar mensalmente e acompanhar vinte e seis indicadores definidos pela administração central. As informações geradas objetivam o monitoramento da qualidade e dos custos dos processos nas áreas de Produção e Distribuição de dietas orais e enterais (Índice de desperdício e perdas de dietas enterais e fórmulas e antigiro dos estoques); Higienização Hospitalar (Índice de qualidade na limpeza terminal do leito, custo de higienização por metro quadrado de área interna construída, tempo médio de limpeza terminal dos leitos e tempo médio de limpeza concorrente no centro cirúrgico); Gestão de Resíduos (Custo direto de coleta, tratamento e destinação/disposição final de resíduo por paciente-dia, índice de geração de resíduo infectante, peso total de resíduo infectante por paciente-dia e índice de resíduo comum segregado para reciclagem e compostagem); Gerenciamento de Transporte de Ambulâncias (Custo de saídas da ambulância, índice de atendimento de demanda e índice de utilização da ambulância); e Processamento de Roupas e Gestão do Enxoval (Índice de evasão de roupas, custo de processamento de roupas por paciente-dia e custo por quilo de roupa processada). Os dados são coletados e registrados pelas equipes operacionais em planilhas impressas padronizadas. A partir daí, a equipe administrativa faz o registro em formulário eletrônico (FormSUS), que é enviado mensalmente à administração Central da EBSERH. Por meio de um painel eletrônico do Microsoft Power business intelligence (BI), divulgado na intranet do hospital, os funcionários e equipe de gestão têm acesso a todos os indicadores organizados de forma comparativa, temporal e detalhada. Os indicadores medidos avaliam a qualidade das atividades executadas, o custo mensal dos serviços e os desperdícios ocorridos. A partir da análise do nível do cumprimento das metas estabelecidas

pela administração central para cada indicador, podem-se traçar ciclos de melhoria. Os planos de ação resultantes determinam quais atividades devem ser executadas, o período, e os responsáveis. Tal divulgação permite o monitoramento dos resultados de forma transparente para os colaboradores da instituição, além de permitir o benchmarking entre as diversas instituições hospitalares da rede EBSERH. **Análise crítica dos resultados:** Assim, os ciclos de melhorias implantados, normalmente, contam em seus planos com: capacitações das equipes, elaborações de procedimentos operacionais padrão e produção de cartilhas. Tais ferramentas geram melhor engajamento das equipes, com aumento da percepção acerca das diversas temáticas trabalhadas por cada grupo de indicadores, o que impacta na melhora gradativa ao longo dos anos na maioria desses. Entre os desafios encontrados estão o número de dados para serem compilados, a otimização e substituição da impressão das planilhas por ferramentas eletrônicas e a dificuldade de adesão das equipes aos processos de melhorias implantados, sobretudo os que necessitam de mudanças na cultura organizacional. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** A utilização de indicadores para monitoramento dos processos em hotelaria hospitalar trouxe maior envolvimento das equipes assistenciais e de apoio. Ademais, possibilitou aos colaboradores conhecerem as prioridades por meio da divulgação dos resultados em painel eletrônico. Mostrou-se assim, eficiente para a tomada de decisão gerencial e assistencial, para o planejamento estratégico, e para a implementação de medidas por meio de ações educativas, visando a melhoria nos serviços de apoio à assistência prestada, segurança do paciente, controle da produtividade, melhoria na sustentabilidade com a redução de desperdícios.

Descritores: Hotelaria Hospitalar; Monitoramento da Qualidade; Indicadores.

## 26290 - O IMPACTO DO MAPEAMENTO DE PROCESSOS E RISCOS NA EXECUÇÃO DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO

NILCILENE PINHEIRO SILVA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNICAMP, MARIANA SALHAB DALL AQUA SCHWELLER - HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNICAMP, PAULO SÉRGIO DE ARRUDA IGNÁCIO - HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNICAMP, THIAGO SARBO LANGONI - HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNICAMP, FABRICIO FERREIRA DOS SANTOS - HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNICAMP, ANA CAROLINA BRAZ MOITINHO - HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNICAMP (SP)

**Introdução:** A gestão de risco é destacada no Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), publicado em 2013, como uma estratégia de apoio às iniciativas que fortalecem a cultura de segurança do paciente. O Planejamento Estratégico do HC Unicamp desenvolvido para 2022/2026 apresenta dois pilares que se desdobram em projetos que irão fortalecer a cultura de segurança do paciente, sendo respectivamente os pilares sociedade e processos. No pilar sociedade destaca-se o objetivo estratégico “oferecer serviços de qualidade e segurança na assistência” e no pilar processos, está o objetivo “desenvolver melhoria de processos utilizando a experiência do paciente”. **Objetivo:** Relatar a experiência do HC Unicamp para fortalecer a cultura de segurança do paciente na Instituição. **Descrição da execução:** Considerando a relevância dos projetos que se desdobram dos objetivos estratégicos para o fortalecimento da cultura de segurança do paciente no HC Unicamp, a equipe do Núcleo de Qualidade e Segurança em Saúde (NQSS) aplicou o modelo de Mapeamento de Processos e Riscos (MPR) para evidenciar os perigos e riscos de cada projeto e definir as barreiras de prevenção e mitigação com o objetivo de reduzir o risco de falha na execução dos projetos e garantir no mínimo 80% de conclusão de desenvolvimento dentro dos prazos estabelecidos. O MPR foi desenvolvido pela equipe do NQSS e o desenho do processo incluiu os doze projetos do planejamento estratégico, com descrição do escopo de cada um, a descrição do resultado esperado de cada projeto, quando, onde e quem são os responsáveis. Após foram descritos os perigos e riscos, com posterior aplicação da ferramenta Failure Mode and Effect Analysis (FMEA) para identificar os de maior criticidade e direcionar as ações de prevenção e mitigação. Por último, foram identificados os projetos que se interrelacionam. **Análise crítica dos resultados:** As ações de prevenção estabelecidas no MPR foram aplicadas e mesmo seguindo, foi necessário acionar o plano de mitigação para três projetos. Percebemos a importância do MPR no direcionamento da equipe durante o período de férias da equipe, processo que facilitou a continuidade dos projetos por antecipar os possíveis riscos e permitir a elaboração de um plano preventivo e de mitigação. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade do cuidado:** A gestão de riscos aplicada nos projetos do planejamento estratégico está permitindo um desdobramento efetivo destes para alcançar os objetivos definidos, com impacto na qualidade e segurança da assistência, ensino e pesquisa em nossa instituição.

## 26255 - O PAPEL DO ENFERMEIRO NA ADMINISTRAÇÃO SEGURA DE MEDICAMENTOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

DANIELA – UNIVERSO

**Introdução:** No cenário da assistência à saúde, a condução segura de medicamentos é primordial para prevenção de eventos adversos. **Objetivo:** Este estudo tem como objetivo descrever o papel do enfermeiro na administração segura de medicamentos em Unidade de Terapia Intensiva. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, com buscas nas bases de dados Scielo, BVS, Google Acadêmico, Medline, e de fontes do Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos, Programa Nacional de Segurança do Paciente e Ministério da Saúde. Foram eleitos estudos qualitativos publicados no período de 2013 a 2020, no idioma português. **Resultados:** Com base no protocolo do Ministério da Saúde na condução segura de medicamentos, o enfermeiro e suas atuações são fundamentais para a prevenção de erros no uso de medicação. **Conclusão:** O estudo sintetiza a importância do enfermeiro na Unidade de Terapia Intensiva para a aplicação do protocolo da administração segura e uso do conhecimento científico.

## 26301 - OFICINAS PARA APLICAÇÃO DA MATRIZ DE PRIORIZAÇÃO DOS REQUISITOS ESSENCIAIS COMO FERRAMENTA DE GESTÃO

SABRINA GONÇALVES AGUIAR SOARES - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA, LILIANE SOUTO PACHECO - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA, DÉBORA LUIZA DOS SANTOS - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA, RUBIA ADRIELI SVERSUT - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA, CAROLINE ZOTTELE PIASENTIN GIACOMINI - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA, PAOLA SOUZA CASTRO WEIS - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA (RS)

**Introdução:** A partir do relatório final da Avaliação Interna da Qualidade, as lideranças de um Hospital Universitário do Sul do Brasil, com o apoio do Setor de Gestão da Qualidade (STGQ), verificaram as não conformidades de modo a identificar as oportunidades de melhoria, e elaborar um plano de ação para adequação dos requisitos essenciais (RE) de qualidade. Os planos de ação foram elaborados com base na ferramenta 5W2H. **Objetivo:** Relatar a estratégia aplicada para a priorização de RE não conformes constantes nos planos de melhoria da qualidade (PMQ). **Descrição da execução:** Em abril de 2022, o STGQ, em conjunto com as lideranças envolvidas no processo, realizou oficinas para priorização dos RE não conformes. Para a otimização, as oficinas foram organizadas por tipo de processos. Todos os processos alvo de melhorias foram analisados e aplicados na Matriz de Priorização (MP). Essa objetiva organizar os processos ou melhorias levantadas em quadrantes de acordo com os critérios significantes para implantação: Esforço (mediano, alto, muito alto), prazo (curto, médio, longo) e impacto nos ganhos (mediano, alto, muito alto). É utilizada para definir quais melhorias serão implantadas e em qual ordem. A escolha dessa MP deu-se em virtude de se objetivar ganhos rápidos em um curto prazo, logo, focou-se nos processos classificados como esforço mediano, de muito alto ou alto impacto realizados em um curto prazo. Após a classificação, todos os processos foram organizados em uma planilha Excel. Os processos priorizados foram analisados quanto ao alinhamento com o Planejamento Estratégico institucional e, após validados pelo Colegiado Executivo. Momento este em que foram definidos os 10 RE não conformes priorizados para o ciclo de melhoria 2022. Nos meses subsequentes seguiram sendo realizados encontros como forma de acompanhamento das ações previstas nos PMQ. **Análise crítica dos resultados:** Tanto a realização de oficinas para aplicação da MP dos RE não conformes, quanto as reuniões de monitoramento possibilitaram o engajamento das lideranças para o alcance dos objetivos traçados. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade no cuidado:** Os encontros oportunizaram um maior domínio, pelas lideranças, dos aspectos que envolvem a qualidade da assistência à saúde favorecendo, assim, a execução dos PMQ e o fortalecimento da cultura de segurança do paciente na instituição.

**26106 - ÓBITOS POR CAUSAS EVITÁVEIS EM MENORES DE 5 ANOS NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA**

JADE ELIZABETH PRADO DOS SANTOS - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, MARISA NASCIMENTO DE OLIVEIRA - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, ANA LOREN GIRÃO LIMA - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, MARIA ANDREZZA LIMA DE SOUSA - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, LAYRLA CAROLINA NASCIMENTO RODRIGUES - UNIFAMETRO, MARIANA CAVALCANTE MARTINS - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

**Introdução:** Os óbitos infantis são influenciados pelas condições sociais da população, pela disponibilidade de saneamento básico e de serviços de saúde adequados. Assim, a vigilância da mortalidade infantil é uma estratégia para possibilitar a adesão dos serviços de saúde às medidas para prevenir os óbitos evitáveis, os quais por meio de ações efetivas dos serviços de saúde poderiam ter sido reduzidos, mesmo ainda sendo um desafio para os serviços de saúde e a sociedade. **Objetivo:** Analisar a tendência da mortalidade de crianças menores de cinco anos, residentes no município de Fortaleza, utilizando dados do Departamento de Informática do SUS – DATASUS. **Método:** Estudo descritivo, retrospectivo, em que foram compilados os dados referentes ao número de óbitos por causas evitáveis em crianças com idade entre um e quatro anos no município de Fortaleza. Para isso, foram utilizados os dados disponíveis através da plataforma DATASUS do Ministério da Saúde, durante o período de 2016 a 2020. **Resultados:** Foram evidenciados 321 óbitos por residência, dos quais os de causas não claramente evitáveis representam 58,5% dos casos, na medida em que os óbitos de causas evitáveis (41,4%) mais expressivos são os que reduzem ações, diagnóstico e tratamento adequado (20,2%), com destaque às mortes por pneumonia (10,2%); e os que reduzem ações de promoção vinculadas às ações de atenção (18%), com destaque aos afogamentos e submersão acidentais (4,6%). Outras causas como as reduzíveis à atenção ao recém-nascido (1,2%), reduzíveis à atenção à mulher na gestação (0,9%) e causas mal definidas (0,9%) também foram evidenciadas através da pesquisa. **Conclusão:** Por conseguinte, as taxas de mortalidade infantil mais expressivas apresentadas no município de Fortaleza, são causas que podem ser prevenidas e que os serviços de saúde devem incrementar as consultas, realizando uma escuta ativa, incluindo educação em saúde, referenciando casos não tratados na unidade, evitando dessa forma, a piora do paciente. Em consideração a isso, a equipe do município deve envolver os profissionais da assistência com a participação de profissionais da Equipe de Saúde da Família e da Atenção Básica para levantamento dos dados de prontuários ambulatoriais referentes à assistência em saúde.



**26066 - PADRONIZAÇÃO DA ELABORAÇÃO DE DOCUMENTOS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

CARLOS ALEXANDRE DE SOUZA MEDEIROS - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES, ALINE SARAH CUNHA ARGOLO - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES, ALBIREA SHINOBU INAOKA BRITO - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES, FERNANDA ELIZABETH MATOS DE QUEIROZ BATISTA FERNANDES - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES, MANUELA PINTO TIBÚRCIO - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES, SÂMIA JAMYLLÉ SANTOS DE AZEVEDO - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES (NATAL/RN)

**Introdução:** O controle de documentos é um dos suportes do sistema de gestão da qualidade, mantendo a informação atualizada e fornecendo aos colaboradores o conhecimento sobre os processos. Desse modo, é de suma importância que exista uma padronização na elaboração, controle e aprovação dos documentos institucionais. **Objetivo:** Relatar o processo de padronização de documentos internos de um hospital universitário. **Descrição da execução:** Em 2019, foi emitido pela administração central da Ebserh a segunda versão da Norma Operacional de Elaboração e Controle de Documentos Institucionais (Norma ZERO). A partir desse momento, iniciou-se o processo de adequação dos documentos e organização do serviço do Setor de Gestão da Qualidade e Vigilância em Saúde (SGQVS) para esse fim. Inicialmente, elaborou-se um Procedimento Operacional Padrão (POP) definindo o processo interno de elaboração, análise, validação e aprovação dos documentos, e construiu-se uma lista mestra para agrupar e organizar os documentos institucionais, facilitando o acompanhamento dos prazos das revisões. Seguindo o fluxo da Norma ZERO, após a elaboração, o documento deverá ser enviado para validação do SGQVS, e a depender da necessidade, passar pelo mesmo processo em instâncias superiores e, com anuência do elaborador, ser devolvido ao SGQVS que encaminhará o mesmo para aprovação e, posteriormente, para publicação na INTRANET do hospital. Em 2020, procedeu-se com a divulgação do POP e da Norma ZERO aos colaboradores da instituição. **Análise crítica dos resultados:** Após a divulgação, houve uma procura significativa dos profissionais, buscando conhecer o fluxo estabelecido pelo hospital com intuito de padronizar os documentos das suas unidades. A ausência de um sistema para organização dos documentos revelou-se como um dos grandes desafios do processo de gestão documental. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade no cuidado:** A publicação dos documentos na INTRANET do hospital, auxilia na divulgação da informação para os colaboradores, contribuindo para a padronização dos processos de trabalho, desse modo, podemos garantir a qualidade da assistência ao paciente e a segurança do profissional, visto que todos os colaboradores estarão alinhados com as normas e rotinas existentes na instituição.

**26303 - PAINÉIS DE INDICADORES: FERRAMENTA PARA GESTÃO E PROMOÇÃO DA MELHORIA CONTÍNUA EM UNIDADES ASSISTENCIAIS**

DÉBORA LUIZA DOS SANTOS - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA, RÚBIA ADRIELI SVERSUT - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA, LILIANE SOUTO PACHECO - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA, CAROLINE ZOTTELE PIASENTIN GIACOMINI - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA, SABRINA GONÇALVES AGUIAR SOARES - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA (RS)

**Introdução:** O “PROGRAMA EBSEH DE GESTÃO À VISTA” tem como finalidade promover a cultura de avaliação e melhoria contínua nos hospitais geridos pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEH). Visando instituir uma cultura de avaliações periódicas dos resultados obtidos com a assistência prestada ao usuário, por meio da exposição de indicadores estratégicos e de segurança do paciente, alinhados à adoção de ciclos de melhoria contínua dos processos com vistas à obtenção de melhores resultados. **Objetivo:** Relatar as ações realizadas para implementação do “PROGRAMA EBSEH DE GESTÃO À VISTA” por uma equipe multiprofissional de saúde, lotada no Setor de Gestão da Qualidade de um Hospital Universitário do Sul do Brasil. **Descrição da execução:** Em 2018, o programa foi implementado. Inicialmente os indicadores estratégicos foram expostos em um painel, na área central, acessível à comunidade hospitalar. Em 2021 iniciou-se o monitoramento de indicadores em painéis de gestão in loco nas unidades piloto: Unidade de Terapia Intensiva Adulto e o Centro Obstétrico. Criou-se uma equipe na plataforma de comunicação institucional com um canal para cada unidade, sendo disponibilizado o projeto e formulários para desenvolvimento dos planos de ação. Após, definiu-se um cronograma de implantação que incluía a revisão do mapa de riscos assistenciais, dos indicadores próprios do serviço e do programa de qualidade EBSEH. Foram confeccionados painéis adesivos, instalados em locais estratégicos das unidades para visualização da equipe multiprofissional, sendo os indicadores e metas escritos em etiquetas plastificadas e afixadas sobre o mesmo. Círculos verdes, amarelos e vermelhos foram afixados ao lado de cada indicador, sinalizando como adequados, em alerta e com necessidade de melhoria, respectivamente. Para discussão mensal, foram formadas equipes, compostas por representantes da gestão e profissionais da assistência. **Análise crítica dos resultados:** Ambas as unidades apresentaram melhorias em seus indicadores ao longo dos encontros. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade no cuidado:** O uso do monitoramento de indicadores in loco favoreceu o envolvimento das chefias e da equipe assistencial tanto na discussão e pactuação das metas para o serviço centradas na promoção da segurança do paciente, quanto dos processos envolvidos para seu alcance.

## 26180 - PANORAMA DA INTERVENÇÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA MUNICIPAL PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE

ISIS CASTRO GOMES DA COSTA - INSTITUTO MUNICIPAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, VIGILÂNCIA DE ZOOSE E INSPEÇÃO AGROPECUÁRIA - IVISA-RIO, ISABELA ALCANTARA GALHARDO - INSTITUTO MUNICIPAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, VIGILÂNCIA DE ZOOSE E INSPEÇÃO AGROPECUÁRIA - IVISA-RIO, PATRÍCIA MARIA DE SOUSA ROCCA - INSTITUTO MUNICIPAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, VIGILÂNCIA DE ZOOSE E INSPEÇÃO AGROPECUÁRIA - IVISA-RIO, ÂNGELO BORSATTO SABÓIA - INSTITUTO MUNICIPAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, VIGILÂNCIA DE ZOOSE E INSPEÇÃO AGROPECUÁRIA - IVISA-RIO (RJ)

**Introdução:** Para alcance dos objetivos das metas constantes no Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde 2021-2025 foi criada a Gerência de Segurança do Paciente e Gestão de Risco (GFP) em junho de 2021 no IVISA-Rio, sendo a responsável por desenvolver tais ações no município do RJ. É importante frisar a implantação da GFP, sendo agente fundamental na intersectorialidade entre os órgãos públicos de saúde municipal e estadual e vigilância sanitária do estado do RJ. **Objetivo:** Evidenciar as estratégias realizadas pela GFP para promover o fortalecimento das práticas seguras e a cultura de segurança do paciente nos serviços de saúde da cidade do RJ. **Método:** Realizado o levantamento das estratégias adotadas pela equipe da GFP, desde a sua criação mediante publicação em Diário Oficial do município do RJ até o momento. A GFP é o núcleo de segurança do paciente do IVISA-Rio e é composta por 5 auditores fiscais sanitários, que estão envolvidos com o monitoramento do cadastro das instituições e núcleos de segurança no NOTIVISA por meio de inspeção sanitária; inspeção conjunta com a vigilância sanitária estadual com elaboração de relatório técnico para as instituições que não participaram da Avaliação Nacional das Práticas de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde no ano de 2021; ações de farmaco e tecnovigilância; criação de um curso de capacitação para servidores, além de compor o grupo técnico colaborativo para fortalecimento das práticas de segurança do paciente na rede municipal de saúde e o comitê estadual de segurança do paciente. **Resultados:** Mesmo diante dos desafios e do pouco tempo de implantação, é factível observar os avanços promovidos com as ações desenvolvidas pela GFP com o aumento do número de NSP cadastrados no NOTIVISA no âmbito da cidade do RJ. O maior desafio encontra-se na estruturação da equipe desta gerência, a qual é responsável pelo cumprimento das atribuições do SNVS no nível municipal. Verifica-se que o entendimento dos profissionais de saúde sobre conceitos básicos relacionados à segurança do paciente ainda é insuficiente. **Conclusão:** É necessário intensificar as ações voltadas à sensibilização e educação dos profissionais de saúde e altas lideranças sobre o assunto e seus aspectos legais. Ressalta-se que a criação GFP propicia uma discussão e alinhamento de conduta das instituições com o tema.

**26097 - PREVALÊNCIA E FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS DA CONTAMINAÇÃO POR COVID-19 ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM ITABUNA-BA**

JACKELINNE SIMÕES BARBOZA COSTA - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE SANTA CRUZ, AGNAILDO BISPO DOS SANTOS - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE SANTA CRUZ, ANIRAM CAVALCANTE - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE SANTA CRUZ, GUSTAVO JOAQUIM LISBOA - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE SANTA CRUZ, MARCELO INÁCIO FERREIRA - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE SANTA CRUZ

**Objetivo:** Verificar prevalência de contaminação pelo Novo Coronavírus em profissionais de saúde notificados no município de Itabuna-Bahia. **Método:** Realizado através dos dados do DATA-SUS, a partir da categorização do cenário de testagens para a doença na cidade e do total de casos suspeitos para esta mesma categoria profissional. A possibilidade de construção de um perfil social para auxiliar na governança em saúde e gestão de risco foi possível a partir da correlação das variáveis, sexo, idade, raça/cor, escolaridade e local de residência por zoneamentos, com aplicação do teste qui-quadrado, a fim de responder ao seguinte questionamento: como se dá a prevalência e associação entre fatores sociais e a contaminação pelo novo coronavírus entre os profissionais de saúde que atuam no município de Itabuna para o período de março de 2020 a março de 2021? **Resultados:** Os resultados apontaram que dos 1603 casos de profissionais de saúde suspeitos para a COVID-19, notificados no município, 53% positivaram, o que corresponde a 12,47% dos 6.812 profissionais cadastrados no município. Para a categoria, identificou-se ainda que a maior proporção de contaminados foi do sexo feminino, com 76,3%, além de uma alta incidência na faixa etária de 30 a 50 anos, e da predominância da cor parda, coadunando com outros estudos de perfil sociodemográficos apresentados. Uma análise sobre a localização residencial dos profissionais de saúde suspeitos e contaminados em Itabuna observou similaridade no nível de contaminação por bairro/zoneamento em relação aos demais casos suspeitos notificados na cidade, tendo sido aplicada análise de correspondência com mínimas correlações de variáveis. **Conclusão:** A análise dos dados, portanto, respondeu ao questionamento sobre a existência de um perfil social dos profissionais de saúde contaminados pela COVID 19 em Itabuna, sugerindo um ponto de partida a partir da ciência de dados para a criação de medidas não-farmacológicas de intervenção na crise sanitária ainda sem data de finalização ou mesmo regresso. Apesar da vacina como estratégia macro de proteção do trabalhador e da população em geral, o ineditismo da Pandemia marca a necessidade de se trabalhar a governança em saúde como outra possibilidade, inclusive a que se concretizou no presente trabalho.

## 26341 - QUALIDADE DAS NOTIFICAÇÕES DE FARMACOVIGILÂNCIA FEITAS POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE A UMA INDÚSTRIA FARMACÊUTICA

JAQUELINE AMALIA DE PAULO - EUROFARMA LABORATÓRIOS S.A., RENATA DA ROCHA MEDEIROS - EUROFARMA LABORATÓRIOS S.A., LÍVIA MARTINS ABREU - EUROFARMA LABORATÓRIOS S.A., GABRIELA PESTANA DINIZ - EUROFARMA LABORATÓRIOS S.A. (SÃO PAULO/SP)

**Introdução:** As notificações espontâneas de eventos adversos a medicamentos (EAs) constituem o principal método de monitoramento da segurança em Farmacovigilância, pois são eficazes na identificação de reações adversas (RAMs) e outros problemas relacionados a medicamentos.<sup>1</sup> A qualidade das informações recebidas é um tema há muito discutido, estima-se que somente 5 a 10% das RAMs sejam notificadas.<sup>2, 3</sup> **Objetivo:** O trabalho visa avaliar a qualidade dos dados das notificações espontâneas recebidas de profissionais de saúde (PS) em uma indústria farmacêutica. **Método:** Elaborou-se um levantamento da base de dados de Farmacovigilância de uma indústria farmacêutica, contendo os relatos espontâneos de EAs recebidos de profissionais de saúde, entre janeiro/2020 e junho/2022. Os dados foram tabulados a fim de evidenciar a quantidade de informações faltantes, consideradas importantes para sua avaliação. **Resultados:** Foram recebidos 1342 relatos notificados por PS. Dentre estes, 120 (9%) não continham ao menos um dos dados mínimos para serem considerados válidos (paciente identificável, relator, produto utilizado, evento adverso ocorrido), ou ainda ausência de relação temporal plausível entre o uso do produto e ocorrência do EA. Considerando as notificações válidas, foram recebidas 1222 (91%) no período. Em 76 relatos (6,2%) o sexo do paciente não havia sido informado e em 99 (8%) a idade do paciente não foi informada. A indicação de uso do medicamento estava ausente em 195 (16%) relatos. Já a dose e/ou frequência não foram informadas em 269 (22%) e 495 (40%) notificações, respectivamente. A data de início do EA estava ausente em 427 (34,9%) relatos, enquanto a data de término estava ausente em 590 (48,2%) relatos. Em 393 notificações (32%) a evolução do EA não foi comunicada. De forma geral, apenas 498 (41,5%) notificações continham os dados completos acima. Apenas 41,5% das notificações feitas por PS continham dados completos. **Conclusão:** A ausência de dados pode impactar diretamente na avaliação assertiva dos relatos pela indústria. Segundo a OMS, o sucesso de qualquer sistema de notificação espontânea depende da participação ativa dos notificadores. Os profissionais da saúde vêm sendo os principais provedores de notificações ao longo da história da Farmacovigilância, e somente com o estímulo de todos os profissionais envolvidos no cuidado dos pacientes é possível manter a acuracidade dos dados de segurança dos produtos.

**26377 - QUALIFICAÇÃO E PADRONIZAÇÃO DE INSUMOS HOSPITALARES COM FOCO NA SEGURANÇA E QUALIDADE**

GISLENE APARECIDA DA SILVA - HOSPITAL DA MULHER PROF. DR. JOSÉ ARISTODEMO PINOTTI - CAISM/UNICAMP, ROSELI CALIL - HOSPITAL DA MULHER PROF. DR. JOSÉ ARISTODEMO PINOTTI - CAISM/UNICAMP, JANAIRA JULIANE ALVES PALMIERI - HOSPITAL DA MULHER PROF. DR. JOSÉ ARISTODEMO PINOTTI - CAISM/UNICAMP, VERÔNICA FAVARETTO - HOSPITAL DA MULHER PROF. DR. JOSÉ ARISTODEMO PINOTTI - CAISM/UNICAMP, VALDEMIR DE MELLO - HOSPITAL DA MULHER PROF. DR. JOSÉ ARISTODEMO PINOTTI - CAISM/UNICAMP, MAURÍCIO CIPRIANO MOURA - HOSPITAL DA MULHER PROF. DR. JOSÉ ARISTODEMO PINOTTI - CAISM/UNICAMP (CAMPINAS/SP)

**Introdução:** A aquisição de insumos hospitalares em serviços público ou privado tem se mostrado um grande desafio na gestão, visto que a aquisição de insumos de baixa qualidade pode resultar na ocorrência de eventos adversos (EA), desperdícios e prejuízos a Administração Pública. Assim, há necessidade de alinhar qualidade, segurança e custo-benefício. **Objetivo:** Relatar a experiência dos últimos 4 anos de um hospital público universitário do estado de São Paulo, referente ao processo de qualificação, padronização de insumos hospitalares para a incorporação de novas tecnologias; bem como o monitoramento de eventos adversos e queixas técnicas como ferramenta de gerenciamento de risco visando a segurança do paciente. **Descrição da execução:** Essa atividade ao longo dos anos é desenvolvida pela equipe da Assessoria de Recursos Materiais (ARM) composta por uma enfermeira e um assistente administrativo. A ARM pertence ao Serviço de Materiais, subordinada a Diretoria Administrativa e participa das atividades de tecnovigilância como membro do Núcleo de Segurança do Paciente. Entre as várias atividades relacionadas à cadeia de suprimentos a ARM realiza a qualificação e padronização (Q & P) dos insumos hospitalares e valoriza a participação das equipes dos diferentes setores. A Q & P têm como etapas a elaboração criteriosa do descritivo técnico; análise de amostras através de formulários predefinidos baseados nas legislações vigentes, especificidades do serviço, desempenho esperado e monitoramento de incidentes relacionados ao uso desses insumos. **Análise crítica dos resultados:** No período avaliado a ARM tem cerca de 700 itens homologados em estoque e 200 padronizados de uso eventual. Foram avaliadas 1514 amostras, sendo 55,2% aprovados/padronizadas e 44,8% reprovadas. Nas atividades de tecnovigilância, a ARM recebeu e analisou 696 notificações, sendo 302 (43,4%) informadas a ANVISA/Notivisa por desvio de qualidade ou evento adverso. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade no cuidado:** A avaliação, padronização e monitoramento do desempenho dos insumos hospitalares favorece a melhor seleção de produtos, evita a aquisição de produtos não autorizados ou autorizados e de má qualidade. A integração da ARM e equipe assistencial nas atividades de avaliação e padronização dos insumos hospitalares, contribui para melhoria de práticas e uma assistência mais segura, além de promover o uso racional de tecnologias e dos recursos financeiros.

**26313 - TREINAMENTO COMO ESTRATÉGIA DE ESTÍMULO ÀS MEDIDAS DE BIOSSEGURANÇA NO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DE COVID-19**

SIMONE SOLDERA RAVAGNANI - FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - FAMERP, JOSÉ MARTINS PINTO NETO - FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - FAMERP, GLEDES PAULA DE FREITAS RONDINA - UNIVERSIDADE BRASIL E FACULDADES INTEGRADAS DE FERNANDÓPOLIS - FIFE, FRANCIELE BRAGA - UNIVERSIDADE BRASIL E FACULDADES INTEGRADAS DE FERNANDÓPOLIS - FIFE, MARINA PEREIRA DA SILVA - FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - FAMERP, ANDRÉ WILIAN LOZANO - UNIVERSIDADE BRASIL E FACULDADES INTEGRADAS DE FERNANDÓPOLIS – FIFE (SP)

**Introdução:** A pandemia de COVID-19 iniciou, em março de 2020, trata-se de uma Síndrome Respiratória Aguda Grave por Coronavírus de alta virulência e transmissibilidade, seu surgimento destacou a importância do serviço de APS como porta de entrada do Sistema Único de Saúde, ao realizar classificação de risco, monitorização dos casos leves e encaminhamento dos casos mais graves, bem como o papel do Enfermeiro como componente vital para seu funcionamento. Outro ponto importante foi a adoção de medidas de biossegurança, tal qual a higienização das mãos e utilização correta de equipamentos de proteção individual pelo profissional de saúde, haja visto que não havia até então medidas farmacológicas para prevenir-se da mesma. **Objetivo:** Identificar ações de educação permanente para enfrentamento da Pandemia de COVID-19, com a equipe de enfermagem em um município do noroeste paulista, durante 2020 e 2021. **Método:** Trata-se de um estudo observacional com abordagem quantitativa. A coleta de dados se deu por meio de entrevistas. A pesquisa respeitou os termos éticos, tendo como parecer aprovado pelo CEP sob o nº 34860720.0.0000.5472. **Resultados:** Dos 38 enfermeiros entrevistados das UBSs do município, 89,5% (34) são do sexo feminino, 68,5% (26) se autodeclararam brancos e 97,4% (37) estão formados há mais de 5 anos. Nota-se que 76,3% (29) alegaram terem recebido treinamento quanto ao manejo de casos suspeitos de COVID-19. E dos que receberam, 100% afirmaram que foi abordado higienização das mãos e 86,2% (25) uso correto de EPI. Quanto aos assuntos abordados no treinamento sobre higienização das mãos, 100% (29) afirmaram ter sido falado a respeito da importância dessa medida para o combate à COVID-19, 69,0% (20) afirmaram ter sido falado sobre a técnica correta, 55,2% (16) sobre a importância de retirar adornos ao fazê-la e 65,5% (19) momentos em que deve ser feita. Em relação aos temas abordados no treinamento sobre EPI, 92,0% (23) alegaram ter sido abordado sobre o manuseio; 84,0% (21) sobre o descarte; 92,0% (23) sobre a desinfecção; 96,0% (24) sobre paramentação e desparamentação e 72,0% (18) sobre os EPIS a serem utilizados em cada situação. **Conclusão:** As medidas como higienização das mãos, uso de EPIS e outras ações de biossegurança são de extrema importância, sendo as únicas ações antes do advento das vacinas. A UBS é a ordenadora da rede e coordenadora do cuidado e exerce papel fundamental no combate a pandemia. Dessa forma, se faz fundamental o reforço com ações de educação permanente, que estimulem a prática da biossegurança, não somente em realizar as ações de biossegurança, mas em executar da forma correta.

**26052 - USO DA PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA**

JOVITA VITORIA DA SILVA VIANNA - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, LUANA FERREIRA DE ALMEIDA - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, GISELE DE OLIVEIRA CAMILO - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, VITHORIA PAES MACHADO - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, VANESSA GALDINO DE PAULA - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, RONILSON GONÇALVES ROCHA - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

**Introdução:** A identificação do paciente consiste na primeira etapa de cuidado à saúde e busca promover a diminuição das falhas com potencial de causar danos. Na UTI, a adesão ao uso da pulseira de identificação é de extrema importância, visto o perfil do processo de trabalho e pacientes. **Objetivo:** Identificar a adesão do uso da pulseira de identificação de pacientes. **Metodologia:** Pesquisa descritiva, quantitativa, realizada de fevereiro a maio de 2022, nas UTI de um hospital universitário, com observação não participante de itens preconizados quanto ao uso da pulseira de identificação. Os dados foram analisados por estatística simples descritiva. **Resultados:** Em 144 observações, a presença de pulseira foi verificada em 124 (86,11%), com dados legíveis em 97 (67,36%) e 73 (58,86%) encontravam-se no membro preconizado pela instituição. **Discussão:** Os resultados corroboram com pesquisas que mostraram que 82%, 74,8% e 71,6% dos pacientes encontravam-se com a pulseira de identificação (SILVA et al, 2019; PASCOAL et al., 2019; GIRARDI et al, 2018). E diferente de pesquisa que verificou a presença da pulseira em 100% dos pacientes, 78% delas legíveis e 38% no membro preconizado pela instituição (ASSIS et al, 2018). **Conclusão:** É necessário o esclarecimento dos profissionais de saúde quanto à importância da identificação correta do paciente, tendo em vista a fragilidade do conhecimento quanto às rotinas e normas recomendadas.

#### Referências

ASSIS, T. G. et al. Adesão à identificação correta do paciente pelo uso da pulseira. Rev enferm UFPE on line. Recife, v. 12, n. 10, 2018. Disponível em:

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/234774>.

GIRARDI, C. et al. Adesão à identificação do paciente em hospital universitário público. Revista de Administração em Saúde, v. 18, n. 70, 2018. Disponível em: <https://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/70>.

PASCOAL, R. S. et al. Identificação do paciente em terapia intensiva e a adesão da equipe de enfermagem. Saúde Coletiva (Barueri), v. 9, n. 50, 2019. Disponível em: <https://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/162/156>.

SILVA, M. M. R. P. et al. Analysis of adherence of patient identification in the medical clinics sector. Revista Enfermagem Atual In Derme, v. 87, n. 25, 2019. Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/188>.



**26158 - VIGILÂNCIA EM SAÚDE: VALIDAÇÃO DE FLUXOS DE COMUNICAÇÃO DE RISCO**

MARIA DE FÁTIMA PAIVA BRITO - PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO, ANDREA CRISTINA SOARES VENDRUSCOLO - PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO, ANAZILDA CARVALHO DA SILVA - PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO, KARINA DOMINGUES DE FREITAS - PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO, LAUREN SUEMI KAWATA - PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO (SP)

**Introdução:** A Política Nacional de Vigilância em Saúde, através da Resolução (RE) 588/2018 é norteadora do planejamento de vigilância em saúde (VS) nas 3 esferas de gestão SUS, definindo responsabilidades, princípios e diretrizes. O Ministério da Saúde, define VS como processo sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de informações, visando implementação de medidas para proteção e promoção da saúde da população. Diante disso, foi elaborada pelo Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e Comissão de Controle de Infecção (CCI) uma proposta de fluxo de comunicação de risco (FCR) em saúde a ser validada pelas áreas de interface e Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto (SMS-RP). **Objetivo:** Validar FCR na SMS-RP. Instituir meios para que comunicações de riscos (CR) dos órgãos de vigilância sejam analisadas por instâncias competentes da SMS-RP para definição de ação e alertas/orientações aos usuários. **Descrição da execução:** O FCR elaborada pelo NSP/CCI que engloba notificações internas e sua análise; identificação proativa de riscos (IPR) através de visitas técnicas às unidades de atenção primária em saúde (UAPS) com checklist embasado na legislação, bem como CR em tecno, fármaco, vigilância de saneantes, alimentos/cosméticos advindos dos órgãos reguladores foi apresentada ao Grupo Gestor da SMS-RP em março 2022 sendo após discutida e validada junto às áreas de interface (Gerenciamento de Materiais; Farmácia; Exames; Almoxarifado e Equipamentos) com publicação no site da Prefeitura Municipal. Após ciência do NSP/CCI, a CR é enviada via sistema informatizado para manifestação das áreas de interface. Se necessário recolha de insumos nas UAPS, bem como alertas de monitorização/orientações a equipe da linha de frente, as informações são publicadas no Sistema Hygia ao qual os profissionais da SMS têm acesso. **Análise crítica dos resultados:** Até o momento, em 2022, foram analisados 55 alertas, 166 RE, além da APR em 13 UAPS o que proporcionou a SMS minimizar riscos a partir do envolvimento de áreas de referência, gestores e profissionais em prol da melhoria de processos de trabalho com foco na segurança do paciente. **Lições aprendidas e contribuições para a segurança do paciente e ou qualidade no cuidado:** A validação dos FCR foram oportunidades de organizar, documentar e definir responsabilidades disparando processos para implantação e/ou aprimoramento de práticas seguras, além de oportunizar momentos de reflexão e disseminação da cultura de segurança no âmbito da SMS-RP.

## 26042 - CONSTRUÇÃO DO PLANO ESTADUAL DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE DA SES-MT: RELATO DE EXPERIÊNCIA

MARIA DO CARMO SOUZA - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MATO GROSSO, QUELI CRISTINA OLIVEIRA - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MATO GROSSO, DEISI DE CÁSSIA BOCALON MAIA - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MATO GROSSO, TATIANA HELENA BELMONTE - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MATO GROSSO

**Introdução:** A segurança do paciente é um tema de importância mundial, devendo ser considerado uma prioridade nos serviços de saúde. Nesse sentido, a OMS, desde 2002, vem desenvolvendo ações voltadas para o tema. No Brasil, apenas em 2011 se iniciou o movimento de boas práticas nos serviços de saúde, com a publicação da RDC Nº 63 da ANVISA, mas somente em 2013 foram descritas ações especificamente voltadas para o tema segurança do paciente, por meio da publicação de duas normativas: Portaria Nº 529 do MS publicada em 01 de abril, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente e RDC ANVISA Nº 36 de 25 de julho, na qual institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde. Em Mato Grosso, somente no final do ano de 2019 é que foi iniciado esse processo, com a implantação do Núcleo Estadual de Segurança do Paciente (NESP-MT) e nomeação dos membros. **Objetivo:** Demonstrar a construção conjunta do Plano Estadual da Qualidade e Segurança do Paciente (PEQSP) da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso (SES-MT). **Método:** Para esse relato de experiência acerca da formulação conjunta do Plano de Ações a ser executado pelo NESP-MT como narrativa de natureza qualitativa, utilizaram-se a análise documental e a experiência dos autores. Para elaboração do PEQSP, foram realizadas três grandes oficinas com profissionais técnicos de todas as áreas da SES-MT, facilitando a identificação da temática da segurança do paciente em suas atividades, e posterior inclusão das ações no PEQSP. **Resultados:** Apesar das dificuldades iniciais, os técnicos conseguiram: levantar os principais problemas relacionados ao tema através de um Brainstorming; priorizar as ações utilizando a matriz de Gravidade, Urgência e Tendência (GUT) e incluir as ações específicas sobre o tema no PEQSP utilizando a ferramenta 5W2H. Em 2021, após o período crítico da pandemia da COVID-19, o PEQSP foi validado pelos membros do NESP-MT, apresentado em um encontro com o COSEMS e aprovado através da Resolução CIB/MT Nº 275 de 10 de dezembro de 2021. **Conclusão:** Essa construção conjunta, envolvendo os técnicos das diversas áreas fez com que cada indivíduo se sinta parte do processo e responsável pela execução da ação a ele incumbida. Além disso, a aprovação do PEQSP em CIB está sendo de fundamental importância no envolvimento da gestão nas ações de segurança do paciente para a melhoria da qualidade na assistência à saúde.

**26406 - PROGRAMA DE MONITORAMENTO DA QUALIDADE HOSPITALAR NA SAÚDE SUPLEMENTAR**

ANA PAULA SILVA CAVALCANTE - AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, ANGÉLICA CARVALHO - AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, PRISCILLA BRASILEIRO CONSTANTINO - AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, MARIA INÊS PEREIRA DOS SANTOS - AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, MAURÍCIO NUNES DA SILVA - AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, ROSANA VIEIRA DAS NEVES - AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

**Introdução:** O Programa é uma inovação no âmbito da saúde suplementar desenvolvido como uma estratégia para a indução da qualidade dos serviços hospitalares. É o primeiro no Brasil a realizar coleta sistemática de indicadores de qualidade hospitalar e segurança do paciente, com o objetivo de ampla divulgação à sociedade dos resultados por hospital e por faixa de classificação. **Objetivo:** Avaliar, divulgar e ranquear o desempenho dos hospitais atuantes no setor, ampliando a transparência de informações e o poder de escolha por parte dos beneficiários de planos de saúde e pela sociedade em geral. **Método:** O programa, de adesão voluntária, tem periodicidade anual e, para 2022, foram selecionados hospitais-gerais acreditados (Acreditações Internacionais e ONA 1, 2 e 3). 133 hospitais aderiram ao Programa cuja metodologia prevê a coleta de 14 indicadores: Proporção de partos vaginais; Proporção de reinternações em até 30 dias da saída hospitalar; Taxa de parada cardiorrespiratória em unidade de internação ; Taxa de mortalidade institucional; Tempo médio de internação; Tempo médio de permanência na emergência; Tempo médio de espera na emergência para primeiro atendimento; Taxa de início de antibiótico intravenoso profilático; Taxa de infecção de sítio cirúrgico; Taxa de infecção de corrente sanguínea associada a um cateter venoso central ; Taxa de infecção do trato urinário associada a um cateter vesical de demora; Taxa de profilaxia de tromboembolismo venoso ; Incidência de quedas com dano e Evento sentinela, colhidos por meio do Sistema de Indicadores Hospitalares (SIHOSP), que gera os resultados comparativos em gráficos e tabelas. **Resultados:** A divulgação dos resultados é inspirada em experiências internacionais e que permite resumir os resultados dos indicadores, classificando os hospitais em 5 faixas, refletindo seu desempenho global. **Conclusão:** Este Programa busca incrementar a cultura de avaliação e divulgação da qualidade da assistência hospitalar no Brasil.

**26384 - TAXA DE ADEQUAÇÃO DE ESCALA EM RELAÇÃO AO NÚMERO DE ATENDIMENTOS COM VERTICALIZAÇÃO DE PACIENTES**

MARIA CAROLINA MERLI GIANTOMASSI - HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNICAMP, LUCIANA CASTILHO DE FIGUEIREDO - HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNICAMP, SIMONE FERNANDES DAVI MARQUES - HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNICAMP, BRUNA SCHARLACK VIAN - HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNICAMP, LÍGIA DOS SANTOS ROCETO RATTI - HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNICAMP, ÉRICA FERREIRA SANTOS GASTALDI - HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNICAMP (CAMPINAS/SP)

**Objetivo:** Avaliar a relação entre a taxa de adequação (TA) de escala de trabalho do fisioterapeuta, estabelecida na Resolução 444/2014 com o número de atendimentos com verticalização (TV) de pacientes e a taxa de pacientes com uso de dispositivos (TD) sob ventilação mecânica invasiva (VMI), não invasiva (VNI) e com terapia de alto fluxo (TAF), em uma Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) de adultos de um hospital público de alta complexidade. **Método:** Trata-se de um estudo retrospectivo de análise de banco de dados do Serviço de Fisioterapia do Hospital de Clínicas da Unicamp, entre janeiro e junho de 2022. Foram analisados os indicadores de taxa de adequação da escala, taxa de atendimentos com verticalização e a taxa de atendimentos de pacientes sob VMI, VNI e com TAF. Foram analisados dados de 1451 atendimentos do banco de dados. **Resultados:** No período analisado, a TA ficou, em média, de 67%. A TD em janeiro foi de 36% e a TV foi de 21,2%. Nos meses seguintes, os valores de TD e TV foram: 58% versus 17,7%; 61% versus 13,3%; 56% versus 14,3%; 52% versus 15,6%; 63% versus 9,7%. **Conclusão:** Os dados sugerem que a taxa de adequação de escala manteve-se inadequada e sem relação direta com a taxa de verticalização de pacientes. Houve uma menor relação da taxa de verticalização de pacientes quando comparado ao número de pacientes com maior número de dispositivos (VMI, VMI, TAF). A escolha da conduta respiratória foi maior do que a conduta motora.



# I Congresso da Sociedade Brasileira para a Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente-SOBRASP

Segurança do Paciente como direito: reduzir riscos com a contribuição de todos  
5, 6 e 7 de junho de 2019 - Windsor Oceânico - Rio de Janeiro

## REALIZAÇÃO



## SECRETARIA EXECUTIVA

MÉTODO

## PATROCÍNIO DIAMANTE



**HOSPITAL  
SÍRIO-LIBANÊS**

**LANCO**

## PATROCÍNIO OURO



## PATROCÍNIO PRATA



## PATROCÍNIO BRONZE



## PATROCÍNIO STANDARD



## APOIO

