

PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM PARA PROMOÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE EM UMA UTI CARDIOLÓGICA DE SALVADOR

Lais Pires Santos¹

Thais Andrade Lamêgo Magalhães¹

Tassia Nery Faustino²

RESUMO

Objetivo: Analisar as práticas assistenciais da equipe de enfermagem para promoção da segurança do paciente em uma UTI Cardiológica de Salvador. **Metodologia:** Trata-se de um estudo observacional descritivo, cujos dados foram obtidos por meio de um formulário composto por itens determinados a partir de publicações do Ministério da Saúde e dos protocolos do Programa Nacional de Segurança do Paciente. A casuística foi de 100 observações efetuadas no período de 30 de junho a 09 de agosto de 2017. Foram avaliados aspectos relacionados à identificação do paciente, nutrição, terapia intravenosa, prevenção de quedas, prevenção de lesão por pressão e controle de infecção. Os dados coletados foram digitados no programa computacional Microsoft[®] Excel e analisados pelo programa SPSS versão 21[®]. **Resultados:** Verificou-se que em 98% das observações os pacientes estavam em uso de pulseira de identificação e em 90% os leitos encontravam-se identificados. Em todas as observações efetuadas, a prescrição médica estava devidamente identificada com nome completo do paciente, leito, instituição, unidade, registro, posologia, via de administração, diluição, tempo de infusão e nome do prescritor. Em todas as observações, as grades dos leitos encontravam-se elevadas, entretanto em apenas 50.6% das observações, os leitos dos pacientes que apresentam risco de queda estavam sinalizados. Todos os pacientes em risco de lesão por pressão estavam em uso do colchão piramidal, efetuava-se a hidratação da pele durante cuidados higiênicos, realizou-se a mudança de decúbito corretamente no momento da observação e os lençóis estavam esticados. Porém, em apenas 54.5% (n=24) das observações, os pacientes com risco de lesão por pressão estavam com o leito respectivamente identificado. Todos os pacientes em ventilação mecânica estavam com a cabeceira elevada de 30° a 45°, com a prótese ventilatória adequadamente fixada e com o filtro sem sujidade (n=29; 100%). Contudo, destes, apenas 58.6% (n=17) estavam com o circuito do ventilador sem condensação. Em todas as observações, as torneirinhas estavam com sistema fechado, em 63.3% das observações, a sonda vesical de permanência estava fixada e em todos os casos a

bolsa coletora encontrava-se abaixo do nível da bexiga. Em todas as observações, nos pacientes em uso de dieta enteral constava a identificação do nome e registro do paciente. Em 77.4% (n=24) das observações a dieta estava fluindo conforme a vazão constante na prescrição da nutrição. Todos os pacientes encontravam-se com o dispositivo adequadamente fixado e em todas as observações o rótulo da dieta apresentava a identificação do manipulador (n=31; 100%). Quanto aos drenos pleurais e mediastinais, em todas as observações os mesmos estavam desclampeados e com a produção no frasco coletor inferior à capacidade recomendada para a troca do selo d'água (n=12; 100%). Associadamente, em todas as observações os pacientes com introdutor em artéria femoral estavam com o membro puncionado contido (n=9; 100%). **Conclusão:** A UTI cardiológica apresenta elevada taxa de conformidade com as medidas preconizadas para a promoção da segurança do paciente, com 71% dos itens contemplando, integralmente, as boas práticas analisadas.

Palavras-chave: Segurança do Paciente. Medidas de segurança. Unidades de Cuidados Intensivos. Cuidados de Enfermagem. Serviço Hospitalar de Cardiologia.

ABSTRACT

Objective: To analyze the assistance practices of the nursing team to promote patient safety at a Cardiology ICU in Salvador. **Methodology:** This is a descriptive observational study, whose data were obtained through a form composed of items determined from publications of the Ministry of Health and protocols of the National Patient Safety Program. The sample consisted of 100 observations made between June 30 and August 09, 2017. Patient identification, nutrition, intravenous therapy, fall prevention, pressure injury prevention and infection control were evaluated. The data collected were entered into the Microsoft® Excel computer program and analyzed by the SPSS version 21® program. **Results:** It was verified that in 98% of the observations the patients were wearing an identification bracelet and in 90% the beds were identified. In all the observations made, the medical prescription was duly identified with the patient's full name, bed, institution, unit, registry, dosage, route of administration, dilution, infusion time and name of the prescriber. In all the observations, the bed gratings were elevated, however in only 50.6% of the observations, the beds of the patients who presented risk of falling were signaled. All patients at risk of pressure injury were using the pyramidal mattress, the skin was hydrated during hygienic care, the bed was changed correctly at the time of observation and the sheets were stretched. However, in only

54.5% (n = 24) of the observations, patients at risk of pressure injury were with the bed respectively identified. All patients undergoing mechanical ventilation had a high head of 30° to 45°, with the ventilator prosthesis properly fixed and with the filter without dirt (n = 29; 100%). However, of these, only 58.6% (n = 17) were with the fan circuit without condensation. In all the observations, the tapirs were closed, in 63.3% of the observations, the bladder catheter was fixed and in all cases the collection bag was below the level of the bladder. In all the observations, patients using enteral diet included identification of the patient's name and registry. In 77.4% (n = 24) of the observations the diet was flowing according to the constant flow in the nutrition prescription. All patients had the device properly fixed and in all observations the diet label had the identification of the manipulator (n = 31; 100%). As to the pleural and mediastinal drains, in all the observations they were unclamped and with the production in the collecting flask inferior to the recommended capacity for the exchange of the water seal (n = 12, 100%). In all observations, all patients with femoral artery introducers had the punctured limb contained (n = 9; 100%). Conclusion: The cardiology ICU presents a high rate of compliance with the recommended measures to promote patient safety, with 71% of the items contemplating, in full, the good practices analyzed.

Keywords: Patient safety. Security measures. Intensive Care Units. Nursing care. Hospital Service of Cardiology.

²Enfermeira, professora assistente do curso bacharelado em Enfermagem da Universidade do Estado da Bahia. Docente da Pós-Graduação Terapia Intensiva e Alta complexidade da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

INTRODUÇÃO

De acordo com Raduenz (2010), apesar de todos os avanços nos serviços de saúde e na melhoria dos cuidados prestados, as pessoas ainda estão expostas a muitos riscos, especialmente no ambiente hospitalar. Diante disso, a segurança do paciente tem estado em foco nos sistemas de saúde de todo o mundo.

A portaria nº 529 define a segurança do paciente como a redução a um mínimo aceitável do risco de dano desnecessário associado a atenção à saúde (BRASIL, 2013a). Não existe um sistema de atividade humana que seja infalível, o que resulta na irreal possibilidade do permanente erro zero, assim como a ideia de que se pode dar garantia total de segurança em qualquer ambiente de prática assistencial em saúde. Contudo, várias medidas de prevenção podem ser instituídas, com vistas à prevenção de erros e de eventos adversos, a fim de tornar o sistema mais seguro (PEDREIRA; PERTILINI, 2011).

Para Mello (2011), a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um ambiente que se diferencia de outras unidades hospitalares por conta de sua estrutura física, dinâmica de trabalho e assistência aos pacientes graves, tornando-se assim um desafio substancial em relação à segurança do paciente, principalmente por esses cuidados serem prestados em condições rápida e complexas.

Carvalho et al. (2013) expõe que os pacientes internados em UTI cardiológica são submetidos à monitorização constante de suas funções orgânicas e cuidados altamente complexos na tentativa do reestabelecimento da homeostase corporal. Sendo assim, torna-se relevante destacar que o cuidado de enfermagem ultrapassa a destreza manual para realizar procedimentos exigindo um distinto embasamento teórico.

Segundo Brasil (2013b) as boas práticas são componentes da garantia de qualidade que asseguram que a assistência será ofertada com padrões de qualidade adequados, tendo como pressuposto a diminuição dos riscos inerentes à prestação dos serviços de saúde.

Para proporcionar um ambiente de trabalho capaz de sustentar boas práticas de enfermagem, estratégias que resultem em melhor capacitação dos enfermeiros e técnicos de enfermagem, assim como protocolos institucionais, são medidas cruciais para proporcionar a segurança da população em tratamento intensivo (PEDREIRA; PERTILINI, 2011).

Considerando a importância dessa temática e a escassez de trabalhos desenvolvidos, percebe-se a necessidade de buscar resultados capazes de proporcionar discussões das estratégias, tornando essas práticas mais efetivas e seguras. O desenvolvimento deste trabalho

possibilitará à instituição na qual foi efetuada a coleta dos dados, conhecer os pontos que precisam ser aprimorados para garantir uma assistência segura aos pacientes assistidos.

Diante do exposto, este estudo objetivou analisar as práticas assistenciais da equipe de enfermagem para promoção da segurança do paciente em uma UTI Cardiológica de Salvador.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional descritivo, com abordagem quantitativa. Foi desenvolvido em uma instituição filantrópica, de pequeno porte, referência em alta complexidade e Cardiologia da cidade de Salvador, Bahia, Brasil. A UTI Cardiológica tem capacidade de 09 leitos e atende pacientes clínicos e cirúrgicos.

A amostra foi constituída por 100 observações, efetuadas no período de 30 de junho a 09 de agosto de 2017. Foram incluídos no estudo todos os pacientes maiores de 18 anos, internados na Unidade de Terapia Intensiva Cardiológica durante o período da coleta de dados e que concordaram em participar da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para a coleta dos dados utilizou-se um formulário elaborado pelas pesquisadoras. Este instrumento continha itens relacionados às práticas clínicas para a promoção da segurança do paciente que são preconizados em publicações do Ministério da Saúde e nos protocolos do Programa Nacional de Segurança do Paciente. Foram avaliados aspectos relacionados à identificação do paciente, nutrição, terapia intravenosa, prevenção de quedas, prevenção de lesão por pressão, terapia de nutrição enteral, dispositivos em uso pelo paciente e controle de infecção.

Os dados foram coletados durante o turno da manhã, tarde e noite, por meio da checagem à beira do leito dos itens presentes no formulário e foram analisados pelo programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versão 21[®], sendo apresentados em frequências simples e porcentagens.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Bahiana de Cardiologia, através do parecer nº 2.122.643.

RESULTADOS

Do total de 100 observações realizadas, 43 (42.2%) ocorreram durante o turno da manhã, 44 (43.1%) pela tarde e 13 (12.7%) no período da noite. A tabela 01 apresenta os itens observados na pesquisa.

Tabela 1. Práticas assistenciais da equipe de enfermagem para promoção da segurança do paciente em uma UTI Cardiológica de Salvador, 2017.

VARIÁVEIS	SIM N (%)	NÃO N (%)
Identificação do paciente		
Leito identificado	90 (90%)	10 (10.0%)
Paciente em uso de pulseira	98 (98%)	2 (2.0%)
Prevenção de queda		
Leito identificado com risco de queda	44 (50.6%)	43 (49.4%)
Grades elevadas	100 (100%)	10 (10.0%)
Administração de medicamentos		
Prescrição devidamente identificada	100 (100%)	-----
Identificação do prescritor	100 (100%)	-----
Posologia, via de administração e diluição indicadas	100 (100%)	-----
Registro de alergias	83 (83%)	17 (17.0%)
Bombas de infusão identificadas	90 (100%)*	-----
Medicação de alta vigilância identificada	100 (100%)	-----
Frascos de medicamentos identificados	92 (100%) **	-----
Lesão por pressão		
Leito identificado com risco de lesão por pressão	24 (54.5%)	20 (45.5%)
Colchão piramidal	44 (100%)***	-----
Hidratação da pele	44 (100%)***	-----
Mudança de decúbito	44 (100%)***	-----
Lençóis esticados	44 (100%)***	-----
Prevenção de infecção		
Cabeceira 30° - 45°	29 (100%)****	-----
Filtro do ventilador sem condensação	17 (58.6%)	12 (41.4%)
Prótese ventilatória fixada	29 (100%)****	-----
Torneirinhas com sistema fechado	89 (100%)	-----
Sonda vesical fixada	19 (63.3%)*****	11 (36.3%)

Bolsa coletora abaixo do nível da bexiga	30(100%)*****	-----
Penso dos dispositivos sem sujidade	99 (100%)	-----
Nutrição enteral		
Identificação com nome e registro do paciente	31 (100%)#	-----
Identificação da dieta	29 (93.5%)	2 (6.5%)
Vazão conforme prescrição	24 (77.4%)	7 (22.6%)
Sonda fixada	31 (100%)	-----
Drenos pleurais e mediastinais		
Desclampeados e protegidos	12 (100%)##	-----
Produção inferior a 2/3 da capacidade	12 (100%)##	-----
Membro com introdutor contido	9 (100%)###	-----

Fonte: Dados coletados pelas pesquisadoras

* n= 90 (100%); **n = 92 (100%); ***n= 44 (100%); ****n= 29(100%); *****n =30 (100%); #n=31 (100%); ## n =12 (100%); ###n= 9(100%).

Para os demais itens considerar N = 100 (100%)

Verificou-se que em 98% (n=100) das observações os pacientes estavam em uso de pulseira de identificação e em 90% (n= 100) das observações os leitos encontravam-se identificados.

No item uso de medicamentos, em todas as observações efetuadas a prescrição médica estava devidamente identificada com nome completo do paciente, leito, instituição, unidade, registro, posologia, via de administração, diluição, tempo de infusão e nome do prescritor. Durante o período de observação, 90 pacientes estavam em uso de medicação/solução contínua por bomba de infusão, sendo que todos os equipamentos estavam respectivamente identificados. Em 100% das observações, as medicações de alta vigilância estavam identificadas, assim como os frascos de medicamentos e soluções dos pacientes que estavam em uso (n=92).

Quanto às práticas de prevenção de quedas, em todas as observações as grades dos leitos encontravam-se elevadas, entretanto em apenas 50.6% (n=44) das observações, os leitos dos pacientes que apresentam risco de queda estavam sinalizados.

Em relação à prevenção de lesão por pressão, 5 itens foram analisados: todos os pacientes em risco de lesão por pressão estavam em uso do colchão piramidal, efetuava-se a hidratação da pele durante cuidados higiênicos, realizou-se a mudança de decúbito corretamente no momento da observação e os lençóis estavam esticados (n=45; 100%).

Porém, em apenas 54.5% (n=24) das observações, os pacientes com risco de lesão por pressão estavam com o leito respectivamente identificado.

Referente ao controle de infecção hospitalar, todos os pacientes em ventilação mecânica estavam com a cabeceira elevada de 30° a 45°, com a prótese ventilatória adequadamente fixada e com o filtro sem sujidade (n=29; 100%). Contudo, destes, apenas 58.6% (n=17) estavam com o circuito do ventilador sem condensação.

Verificou-se em todas as observações que os pacientes em uso de dispositivos invasivos apresentavam o registro em prontuário da data de instalação e que todas torneirinhas estavam com sistema fechado. Em relação aos pacientes em uso de sonda vesical de permanência, em 63.3% (n=19) das observações, o dispositivo encontrava-se adequadamente fixado e em todos os casos a bolsa coletora encontrava-se abaixo do nível da bexiga (n=30; 100%).

Nas práticas assistenciais voltadas à nutrição enteral, em 100% (n=31) das observações nos pacientes em uso dessa terapia constava a identificação do nome e registro do paciente. Em 77.4% (n=24) das observações a dieta estava fluindo conforme a vazão constante na prescrição da nutrição. Todos os pacientes encontravam-se com o dispositivo adequadamente fixado e em todas as observações o rótulo da dieta apresentava a identificação do manipulador (n=31; 100%).

Quanto aos drenos pleurais e mediastinais, em todas as observações dos pacientes em uso desses dispositivos, os mesmos estavam descamplados e com a produção no frasco coletor inferior à capacidade recomendada para a troca do selo d'água (n=12; 100%). Associadamente, em todas as observações os pacientes com introdutor em artéria femoral estavam com o membro puncionado contido (n=9; 100%).

DISCUSSÃO

Com a finalidade de garantir a correta identificação do paciente a fim de reduzir a ocorrência de incidentes, foi instituído o protocolo de Identificação do Paciente pelo Ministério da Saúde a ser implementado em todos os serviços de saúde do país. De acordo com o mesmo, todos os pacientes deverão receber a pulseira de identificação com no mínimo dois identificadores, como nome completo e data de nascimento. A mesma deve ser colocada em um membro do paciente que possa ser conferido, sendo que o paciente e/ou familiar deverão participar da conferência da identificação antes da instalação da pulseira (BRASIL, 2013c).

Nessa pesquisa, em 98% das observações os pacientes estavam em uso de pulseira, sendo esta medida de grande importância para minimizar erros quanto à administração de medicamentos, coleta de exames de laboratório e realização de procedimentos, por exemplo. Na instituição que foi efetuada a coleta de dados, a pulseira de identificação está vinculada à realização da glicemia capilar através da leitura de código de barras, estratégia que pode facilitar o alto número de pacientes em uso desse instrumento de identificação. Contudo, faz-se necessário que os profissionais que prestarão assistência a esses pacientes, confirmem sempre a identificação no leito e na pulseira antes de realizarem qualquer procedimento com o paciente para reduzir, de fato, a ocorrência de incidentes.

Sobre o assunto, Hoffmeister e Moura (2015) avaliaram o uso da pulseira em um hospital universitário de Porto Alegre em um estudo com 385 pacientes, verificando que 83.9% dos pacientes encontravam-se com a pulseira corretamente identificada, 11.9% possuíam a pulseira de identificação com erros e 4.2% dos pacientes estavam sem a pulseira, evidenciando-se alta taxa de conformidade das pulseiras.

Em um estudo brasileiro, os autores afirmaram que “enquanto os equipamentos para a utilização de código de barras podem ter um custo elevado, o emprego das pulseiras de identificação e a apropriada identificação no leito geram menor custo e, se utilizados efetivamente, contribuem para minimizar a ocorrência de administração de medicamentos a pacientes errados” (SILVA et al., 2007).

Ao avaliar-se a identificação do leito, nota-se uma discreta diminuição do percentual, onde 90% dos leitos estavam identificados com nome do paciente, sendo este mais um mecanismo que garante segurança e diminui eventos relacionados às práticas assistenciais, o que mostra um descuido dos profissionais em realizar protocolos institucionais.

O protocolo de Prevenção de Quedas instituído pelo Ministério da Saúde, cuja execução também é de caráter obrigatório em todos os serviços de saúde brasileiros, tem como objetivo reduzir a ocorrência de queda de pacientes nos pontos de assistência e os danos dela decorrentes. Fazem parte das intervenções preventivas a avaliação do risco de queda e a identificação do paciente com risco com a sinalização à beira do leito ou pulseira (BRASIL, 2013d). Nesse sentido, Luzia, Almeida e Lucena (2014) efetuaram uma pesquisa em um hospital universitário do Sul do Brasil buscando identificar os cuidados de enfermagem prescritos para pacientes hospitalizados com risco de quedas, verificando que os cuidados mais prevalentes foram: manter grades no leito, orientar paciente/família quanto aos riscos, campanha ao alcance e pertences próximos ao paciente.

No estudo em tela, verificou-se que em todas as observações efetuadas, as grades dos leitos dos pacientes estavam elevadas, entretanto esse número reduz para metade ao observar-se a identificação do leito com esse risco. Nota-se então, a importância da adequada identificação dos leitos para o risco de queda como medida adicional para evitar a sua ocorrência e os possíveis danos resultantes desse tipo de incidente. Sobre o assunto, Abreu et al. (2012) avaliaram a prevalência das quedas e as suas consequências, evidenciando em sua pesquisa que 40 quedas (63.5%) não ocasionaram dano, enquanto 20 quedas (31.7%) apresentaram danos leves, uma queda (1.6%) dano moderado, uma queda (1.6%) com dano grave e uma queda (1.6%) acarretou a morte do indivíduo.

Ao observarmos os itens relacionados à administração de medicamentos, nota-se o seguimento das boas práticas assistenciais, com exceção do registro de alergias, que não estava presente na maioria das placas de identificação dos leitos do paciente. No ambiente hospitalar, a terapia medicamentosa é amplamente utilizada para tratamento das doenças e manutenção da saúde, especialmente no ambiente da terapia intensiva. No entanto, os pacientes hospitalizados que fazem uso de múltiplos medicamentos encontram-se mais vulneráveis à ocorrência de eventos adversos (OLIVERA et al., 2014).

Segundo Brasil (2013e), o registro de alergias informadas por pacientes, familiares e/ou cuidadores deve vir em destaque nas prescrições. Esse registro subsidiará a adequada análise farmacêutica das prescrições e os cuidados de enfermagem, reduzindo, assim, a chance da dispensação e administração de medicamentos ao qual o paciente é alérgico. Adicionalmente, ressaltamos que esse registro também deverá estar sinalizado nas identificações dos leitos, facilitando que o profissional, antes de administrar o medicamento, tenha rápido acesso a essa valiosa informação.

A fixação correta da sonda enteral foi verificada na totalidade dos pacientes em uso deste dispositivo. Nunes et al. (2011) ressaltam a importância da avaliação periódica e troca diária da fixação para evitar eventos adversos, como a exteriorização do dispositivo e a ocorrência de lesões, devendo considerar os desconfortos referidos pelo paciente.

No presente estudo encontrou-se que apesar de apenas 54.5% dos leitos estarem sinalizados com o risco de lesão por pressão, medidas como uso de colchão piramidal, hidratação da pele durante cuidados higiênicos e mudança de decúbito eram realizadas pela equipe de enfermagem na totalidade das observações. Ressalta-se que esse estudo não avaliou a incidência de lesão por pressão no *locus* pesquisado. Sobre o assunto, Silva et al. (2010) descrevem como ações essenciais da enfermagem para evitar lesões por pressão, o reposicionamento adequado a cada 2 horas, podendo ser intensificado a depender do risco do

paciente, os cuidados com a pele por meio de técnicas de higiene, utilização de colchões que redistribuem a pressão nas proeminências ósseas e o monitoramento das condições nutricionais. Vale ressaltar que por se tratar de uma unidade que admite pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca, onde ocorre restrição em relação à mudança de decúbito, sendo efetuada apenas a descompressão das proeminências ósseas.

Sabe-se que a avaliação e a prescrição de cuidados com a pele é uma atribuição do enfermeiro, sendo que a participação da equipe multiprofissional na prevenção das alterações é fundamental na contribuição para a prescrição e no planejamento dos cuidados para o paciente em risco (BRASIL, 2013f).

Em relação aos itens direcionados à prevenção de infecção, nota-se também o seguimento das boas práticas assistenciais. De acordo com Junior e Dias (2012), a pneumonia associada à ventilação mecânica (PAVM) ocorre em 10 a 25% dos pacientes em uso dessa terapêutica, sendo a variável independente mais importante e associada à mortalidade em terapia intensiva, com percentual variando entre 25 a 50%.

Foi observado no presente estudo que 29 (100%) dos pacientes observados estavam com cabeceira entre 30 - 45°. Contudo, verificou-se que apenas 17 (58.6%) estavam com circuito do ventilador sem condensação. Segundo Brasil (2017) um dos fatores de risco para PAVM em pacientes em ventilação mecânica e umidificação com água aquecida é acúmulo de água condensada no circuito do ventilador e esse acúmulo, por meio da manipulação inadequada, pode penetrar na traqueia do paciente causando aspiração de líquido contaminado.

Vale ressaltar que manter a cabeceira elevada é preconizado tanto nos pacientes em ventilação mecânica, quanto nos pacientes em uso de terapia enteral. Segundo Junior e Dias (2012) manter o decúbito entre 30° e 45° e realizar o ajuste da dieta enteral com base no volume gástrico residual são medidas importante para prevenir broncoaspiração.

Nesse sentido, Viana (2011) expõe que a PAVM é um evento adverso evitável e deve-se ter como meta uma incidência menor que 10% nos pacientes internados na UTI.

Observou-se que aproximadamente 37% dos pacientes em uso de sonda vesical de permanência não estavam com o dispositivo fixado. De acordo com Brasil (2017), são consideradas boas práticas para prevenção de infecção de trato urinário (ITU): manter fixação do cateter vesical para evitar tração ou movimentação; esvaziar a bolsa coletora regularmente, utilizando recipiente coletor individual; manter a bolsa coletora sempre abaixo do nível da bexiga; como também trocar todo sistema coletor quando ocorrer desconexão, quebra da técnica asséptica ou vazamento. Na instituição em que a pesquisa foi efetuada não são

utilizados frascos individuais para desprezar a diurese, o quê, junto com a não fixação da sonda vesical, pode contribuir para o número de casos de ITU, aumentando a morbimortalidade desses pacientes.

Quanto ao item nutrição, Brasil (2011b), com o objetivo de estabelecer estratégias e ações de gestão de risco para promover segurança na terapia nutricional enteral (NE), recomenda fazer o registro, que pode ser informatizado, onde conste, no mínimo: data e hora da manipulação da NE; nome completo e registro do paciente; número sequencial da manipulação; número de doses manipuladas por prescrição; identificação (nome e registro) do médico e do manipulador; prazo de validade da NE. Adicionalmente, traz como atribuição do enfermeiro orientar o paciente, a família ou o responsável legal quanto à utilização e controle da terapia de NE, assegurar a colocação da sonda e sua manutenção, proceder inspeção antes de administrar, assim como garantir a troca da fixação da sonda enteral.

Sobre o assunto, nota-se nesse estudo que 93.5% das dietas estavam com nome e registro dos pacientes e em apenas 77.4% a vazão estava conforme prescrição. Um estudo realizado em uma unidade de terapia intensiva avaliou a adequação da prescrição e observou que a taxa de desnutrição foi de 29.4%, concluindo que cerca da metade dos pacientes não receberam suas necessidades calóricas e proteicas e alguns pacientes receberam quantidade de calorias acima de suas necessidades (PRADA, 2012). Conseqüentemente, reforçar-se a necessidade de manter a vazão da dieta conforme recomendado na prescrição da terapia nutricional.

Foi observado no estudo que todos os pacientes que estavam em uso de drenos de tórax e mediastinais, os mesmos estavam desclampeados e com a produção no frasco coletor inferior à capacidade recomendada para a troca do selo d'água. De acordo com Kang, Engel e Campos (2016) e Ferreira et al. (2011), os drenos só devem ser clampeados em indicações explícitas como a troca de selo d'água ou se houver desconexão entre o dreno e a mangueira extensora, para evitar a ocorrência de pneumotórax hipertensivo. Associadamente, recomenda-se a troca do selo d'água quando a produção do dreno estiver excessiva, visto que poderá ocasionar maior resistência à drenagem (KANG; ENGEL; CAMPOS, 2016).

Por se tratar de uma unidade coronariana, foi avaliada a imobilização do membro com presença de introdutor arterial nos pacientes pós-procedimento hemodinâmico. Observou-se o seguimento das boas práticas, com todos os pacientes com esse perfil apresentando o membro contido. Essa conduta é adequada visto que a imobilização do membro evitará a dobra do introdutor, assim como o seu deslocamento, prevenindo assim o risco de sangramento no local puncionado (LIMA; STIVAL; LIMA, 2008).

Face ao exposto, o cuidado prestado aos pacientes hospitalizados é complexo e requer que seja executado com qualidade e sem gerar dano desnecessário ao indivíduo (OLIVEIRA et al., 2014). Sendo assim, a incorporação de boas práticas favorece a efetividade dos cuidados de enfermagem e o seu gerenciamento de modo seguro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo possibilitou analisar as práticas assistenciais da equipe de enfermagem em uma UTI Cardiológica de Salvador, sendo observado que aproximadamente 71% dos itens analisados contemplam, integralmente, as boas práticas para a promoção da segurança do paciente preconizadas pelos protocolos do Ministério da Saúde.

Acredita-se que esses resultados sejam reflexo das atividades do Núcleo de Segurança do Paciente, existente desde setembro de 2014 na instituição em que foi efetuada a coleta de dados, que desenvolve atividades para a promoção de práticas seguras e prevenção de eventos adversos em todas as unidades do hospital, incluindo a UTI Cardiológica, além de monitorar a execução dos protocolos. Associadamente, as medidas preconizadas nos protocolos são simples, de baixo custo e fácil aplicabilidade, contribuindo para a sua implementação pelos profissionais da equipe de enfermagem.

Dos 31 itens avaliados, 10 apresentaram inconformidades, sendo que as quatro mais prevalentes estavam relacionados à não identificação do leito com o risco de queda (49.4%) e com risco de lesão por pressão (45.5%), ao circuito do ventilador com condensação (41.38%) e a não fixação da sonda vesical (36.3%). Essas inconformidades poderão ser rapidamente corrigidas com a revisão das rotinas da unidade, esclarecimento dos profissionais acerca da importância da sua implementação e verificação de possíveis barreiras para a sua execução na UTI Cardiológica.

Apesar de uma alta taxa de conformidades em relação às boas práticas, sugere-se a realização de programas de educação permanente para sensibilização/atualização dos profissionais quanto à adesão aos protocolos preconizados pelo Ministério da Saúde e pela própria instituição, para garantia de um cuidado seguro e de qualidade durante o internamento na unidade crítica.

REFERÊNCIAS

ABREU, C et al. Quedas em meio hospitalar: um estudo longitudinal. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v.20, n.3, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária Portaria - nº 529 de 1 de abril de 2013. 2013a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html> Acesso em: 04 abr. 2017.

_____. _____. RDC Nº 36, de 25 de julho de 2013. 2013b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.htm> Acesso em: 04 abr. 2017.

_____. _____. Anexo 02: Protocolo de identificação do paciente. Ministério da Saúde/ Anvisa/ Fiocruz. 2013c. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/dahu/seguranca-do-paciente>>. Acesso em: 05 abr. 2017.

_____. _____. Anexo 01: Protocolo de prevenção de quedas. Ministério da Saúde/ Anvisa/ Fiocruz. 2013d. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/dahu/seguranca-do-paciente>>. Acesso em: 05 abr. 2017.

_____. _____. Anexo 03: Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. Protocolo coordenado pelo Ministério da Saúde e ANVISA em parceria com FIOCRUZ e FHEMIG. 2013e.

Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/dahu/seguranca-do-paciente>>. Acesso em: 05 abr. 2017.

_____. _____. Anexo 02: Protocolo de prevenção de úlcera por pressão. Ministério da Saúde/ Anvisa/ Fiocruz. 09/07/2013. 2013f. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/dahu/seguranca-do-paciente>>. Acesso em: 05 abr. 2017.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionadas a Assistência à Saúde. Série: Segurança do Paciente e Qualidade em serviços de saúde. 2017. Disponível em:

<<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/medidas-de-prevencao-de-infeccao-relacionada-a-assistencia-a-saude-3>>. Acesso em: 13 set. 2017.

CARVALHO, ML et al. Assistência de Enfermagem na UTI a pacientes submetidos à Cirurgia Cardíaca. **Revista Interdisciplinar**, v.6, n.4, 2013.

FERREIRA, VS et al. Drenos, sondas e cateteres: otimizando a Assistência de Enfermagem. In: VIANA, RA; PIETRO, PV. **Enfermagem em Terapia Intensiva: Práticas Baseadas em Evidências**. São Paulo: Atheneu, 2011.

HOFFMEISTER LV, MOURA GMSS. Uso de pulseiras de identificação em pacientes internados em um hospital universitário. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 23, n.1, p:36-43, 2015.

JUNIOR, OR; DIAS, MBGS. Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica. In: Shettino, Guilherme et al. **Paciente Crítico: diagnóstico e tratamento**. São Paulo: Manole, 2012.

KANG, DWW; ENGEL, FC; CAMPOS, JRM. Toracocentese e Drenagem Pleural. In: Knobel, Elias. **Condutas no Paciente Grave**. São Paulo: Atheneu, 2016.

LIMA, LR; STIVAL, MM; LIMA, LR. Diagnóstico de Enfermagem em paciente submetidos a Angioplastia Coronária Transluminal Percutânea a Luz dos Pressupostos de Horta. **Revista de Enfermagem da UFPE**, v.2, n.3, p. 205-212. 2008.

LUZIA MF; ALMEIDA MA; LUCENA AF. Mapeamento de cuidados de enfermagem para pacientes com risco de quedas na *Nursing Interventions Classification*. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.48, n.4, 2014.

MELLO, JF. Cultura de segurança do paciente em unidade de terapia intensiva [dissertação]. Florianópolis, SC, 2011.

NUNES, ALB et al. **Terapia nutricional no paciente grave**. In: JATENE FB, BERNARDO WM, coordenadores. Projeto Diretrizes. São Paulo: Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, 2011.

OLIVEIRA, RM et al. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. **Escola Anna Nery**, v.18, n.1, p.122-129, 2014.

PRADA, MCA. Tese de Dissertação de Mestrado. Dieta enteral em UTI: Análise descritiva da adequação da prescrição e infusão e a ocorrência de complicações. Universidade Estadual de Campinas Faculdade de Ciências Médicas, 2012.

PEDREIRA, MLG; PERTILINI, MAS. Como Garantir a Segurança do Paciente na UTI. In: Viana, RAPP e colaboradores. **Enfermagem em Terapia Intensiva: práticas e vivências**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

RUADUENZ, AC et al. Cuidados de enfermagem e segurança do paciente: visualizando a organização, acondicionamento e distribuição de medicamentos com método de pesquisa fotográfica. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v.18, n.6, p.1045-1054, 2010.

SILVA, AEBC et al. Problemas na comunicação: uma possível causa de erros de medicação. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.20, n.3, p. 272-276, 2007.

SILVA, EWNL et al. Aplicabilidade do protocolo de prevenção de úlcera de pressão em unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v.22, p.175-185, 2010.

VIANA, DFVB. Pneumonia associada à ventilação mecânica e cuidados de prevenção. In: Renata Andréa Pietro Pereira et al. **Enfermagem em Terapia Intensiva**. Porto Alegre: Artmed, 2011.