



Universidade Federal do Pará  
Instituto de Ciências da Saúde  
Faculdade de Enfermagem

Amanda Cantanhede Bezerra de Campos Almeida  
Bruna Roberta Paixão dos Santos

**EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE: ESTUDO  
COM ENFERMEIROS EM UM HOSPITAL UNIVESITÁRIO**

BELÉM-PA  
2015

AMANDA CANTANHEDE BEZERRA DE CAMPOS ALMEIDA

BRUNA ROBERTA PAIXÃO DOS SANTOS

**EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE: ESTUDO  
COM ENFERMEIROS EM UM HOSPITAL UNIVESITÁRIO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado para obtenção de título de Bacharel e Licenciatura em Enfermagem pela Universidade Federal do Pará.

**Orientadora: MSc. Maria Amélia Fadul Bitar.**

**Co-Orientadora: MSc. Maria Heliana Alencar da Costa.**

AMANDA CANTANHEDE BEZERRA DE CAMPOS ALMEIDA

BRUNA ROBERTA PAIXÃO DOS SANTOS

**EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE: ESTUDO  
COM ENFERMEIROS EM UM HOSPITAL UNIVESITÁRIO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado para obtenção de título de Bacharel e Licenciatura em Enfermagem pela Universidade Federal do Pará.

**Banca Examinadora**

---

MsC. Maria Amélia Fadul Bitar (Orientadora)

---

MsC. Amariles Maria das Graças Ferreira Pacheco

---

Esp. Eliane da Costa Lobato da Silva

**Aprovado em:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Conceito:** \_\_\_\_\_

## DEDICATÓRIA

A minha **Mãe**, Ivanilde e ao meu **Pai**, José Augusto, por todo o amor, pelos valores transmitidos, por terem me proporcionado esta oportunidade e por não medirem esforços para que eu chegasse até aqui.

Aos meus **Irmãos**, Felipe e Fernanda, pelo amor, carinho, incentivo e por serem meu suporte em todos os momentos que precisei.

Dedico a vocês não só essa, como todas as vitórias da minha vida. Amo vocês!

**Bruna Roberta Paixão dos Santos**

Dedico este trabalho primeiramente a **Deus**, pois sem Ele eu não teria chegado até aqui.

Ao meu querido **Pai**, que hoje não está mais entre nós, porém creio que encontra-se melhor nos braços do Pai coberto de amor e paz.

A minha **Mãe** e meu **Irmão**, que perseverantes me incentivaram ao longo da graduação para que eu pudesse ter sempre o melhor nesta vida mediante as minhas escolhas.

Ao meu **Namorado** sábio, determinado e dedicado, que acompanhou o meu crescimento desde o ensino médio até aqui, me ajudando sempre a superar as dificuldades e a não desistir jamais.

E por fim, a **Todos** aqueles que me incentivaram de alguma forma, para que eu pudesse almejar minhas vitórias.

**Amanda Cantanhede Bezerra de Campos Almeida**

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradecemos ao **Senhor** nosso **Deus**, por nos ter dado a oportunidade de realizar uma graduação em Enfermagem na UFPA, pelo amor e zelo que nos é concedido todos os dias, pela paz que nos transcende a alma mesmo em meio as atribuições e pelas demais bênçãos almejadas ao longo de nossas vidas;

Aos nossos **Pais** pelo amor, incentivo e apoio incondicional;

Aos nossos **Irmãos** por toda ajuda oferecida e pela torcida tenaz;

Aos nossos **Namorados** pelo carinho, companheirismo e motivação;

Aos nossos **Amigos** que estiveram sempre ao nosso lado, fazendo parte de nossas vidas, nos ajudando e nos contemplando com bons conselhos;

A nossa **Orientadora** e a nossa **Co-orientadora** pela paciência, dedicação, aprendizado e apoio no processo de elaboração deste trabalho;

A **Universidade Federal do Pará**, pela oportunidade de fazer este curso;

Ao **Hospital Universitário João de Barros Barreto** por permitir a realização desta pesquisa;

Aos **Profissionais** que participaram desta pesquisa;

E por fim, a **Todos** que direta ou indiretamente contribuíram para a nossa formação.

“Eu te conheço. Eu sei quando você se levanta e quando você se deita. Eu conheço você no seu íntimo e eu te amo muito. Eu compreendo as suas alegrias, suas dores, falhas e frustrações, e ainda te amo e sempre vou te amar. Estou sempre na sua frente, atrás, e também ao seu lado, guiando você cada dia. Não há lugar onde você possa fugir ou se esconder. À noite e o dia são a mesma coisa pra mim. Eu formei você exatamente como eu queria quando você ainda estava no ventre de sua mãe. Você é maravilhosa e bela. Até quando há defeitos (aqueles obstáculos e erros que os outros tem feito na sua vida). Eu tenho um plano perfeito e belo e é para o seu bem. Até antes do seu corpo se formar, eu já havia planejado todos seus dias. Eu quero que você me conheça mais e mais. Deixe-me revelar a você os sintomas e as raízes das suas dores, problemas e frustrações. Assim você reconhecerá seus pecados e se arrependerá, então guiarei você para viver todas as bênçãos que eu mesmo planejei pra você – ou melhor, para nós.”

(Salmo 139)

## RESUMO

Os eventos adversos (EAs) podem ser definidos como um resultado indesejado, negativo e não intencional decorrente da assistência à saúde, não relacionadas à evolução natural da doença de base, que ocasionam lesões mensuráveis aos pacientes afetados e/ou prolongamento do tempo de internação e/ou o óbito do paciente. Com o instrumento de notificação, pode-se oferecer atenção para o erro ocorrido no serviço de saúde, produzindo informações detalhadas sobre os EAs, de modo a orientar a definição de prioridades e o desenvolvimento de políticas e de intervenções nos serviços voltadas para a melhoria da qualidade na assistência, tornando o cuidado mais seguro. O estudo tem por objetivo realizar um estudo sobre eventos adversos associados à assistência à saúde em um Hospital Universitário. Trata-se de um estudo descritivo, transversal e de cunho quantitativo. A pesquisa foi desenvolvida no Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB), localizado na cidade de Belém-PA, por meio da aplicação adaptada do questionário da *Agency for Health Research and Quality (AHRQ)*, intitulado *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. Participaram 31 enfermeiros entre 29 e 63 anos. Para a melhor apresentação dos resultados, foi utilizada uma escala de 1 a 5, segundo a qual os escores totais das respostas variam entre “discordo totalmente” (1) e “concordo totalmente” (5) ou “nunca” (1) e “sempre” (5). A soma dos escores variou entre 86 e 126. A média dos itens variou entre 2,774 e 4,064. A maioria dos enfermeiros participantes desta pesquisa (64,51%) não preencheu nenhum relatório de notificação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde nos últimos 12 meses. O conhecimento adquirido com esta pesquisa reforça a necessidade de se desenvolver programas educacionais que elucidem o que são os eventos adversos, discutindo cenários para entender as causas do problema e propostas de melhoria, assim como a importância do ato de notificar tanto para o hospital como para os pacientes.

**PALAVRAS-CHAVES:** Notificação; Segurança do Paciente; Qualidade dos cuidados de saúde.

## **ABSTRACT**

The adverse events (EAs) can be described as a undesired result during the healthcare, negative and not intentional, not related to the natural evolution of the underlying disease, which cause measurable injuries to the affected patient. With the notification instrument, it is possible to offer attention to the error occurred during the healthcare service, provide detailed information about the EAs and lead the definition of priorities and the development of policies and interventions in the services associated with the quality improvement of the healthcare service, to increase its safeness. The study has the objective of research about adverse events (EAs) associated to the healthcare service in a University Hospital. It is a descriptive, transversal and qualitative study. The research was developed in the Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB), situated in Belém-PA city, by application of an adapted survey of the Agency for Health Research and Quality (AHRQ), titled by Hospital Survey on Patient Safety Culture. Thirty-One nurses, between 29 and 63 years-old, have participated in the survey. For the best presentation of the results, there has been used a scale of 1 to 5, which the total score of the answers may vary between “totally disagree” (1) and “totally agree” (5) or “never” (1) and “always” (5). The sum of the scores has varied between 86 and 126. The average of the items has varied between 2,744 and 4,064. The majority of the nurses who have participated in this research (64,51%) do not filled any notification of adverse events report related to the healthcare service in the last twelve months. The knowledge acquired with this research, enhance the need of develop educational programs which may elucidate what are the adverse events, suggesting situations to understand the causes of the problem and proposes of improvement, as well the importance of the notification act, as much for the hospital as for the patients.

**KEYWORDS:** Notification; Safety of Patient; Healthcare Quality.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Caracterização dos participantes da pesquisa Belém (PA)-2015.....	35
<b>Tabela 2</b> - Distribuição das frequências das respostas da Seção B: “Ocorrência de eventos adversos”.....	37
<b>Tabela 2.1</b> – Análise descritiva das respostas da Seção B: “Ocorrência de eventos adversos”. Belém (PA)-2015.....	37
<b>Tabela 3</b> - Distribuição das frequências das respostas da Seção C: “Comunicação”. Belém (PA)-2015.....	39
<b>Tabela 3.1</b> – Análise descritiva das respostas da Seção C: “Comunicação”. Belém (PA)-2015.....	40
<b>Tabela 4</b> - Distribuição das frequências das respostas da Seção D: “Notificação de eventos adversos”.....	42
<b>Tabela 4.1</b> – Análise descritiva das respostas da Seção D: “Notificação de eventos adversos”. Belém (PA)-2015.....	42
<b>Tabela 5</b> - Distribuição das frequências das respostas da Seção E: “Número de eventos reportados”. Belém (PA)-2015.....	44

## LISTA DE SIGLAS

- AHRQ:** *Agency for Health Research and Quality*
- ANVISA:** Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- CAA:** Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
- CEP:** Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos
- COFEN:** Conselho Federal de Enfermagem
- EAs:** Eventos Adversos
- EUA:** Estados Unidos da América
- HIV:** Vírus da Imunodeficiência Humana
- HMPS:** *The Harvard Medical Practice Study*
- HUJBB:** Hospital Universitário João de Barros Barreto
- ICPS:** *International Classification for Patient Safety*
- ICS:** Instituto de Ciências da Saúde
- IOM:** *Institute of Medicine*
- JCAHO:** *Joint Commision Accreditation of Healthcare Organizations*
- MIFS:** *The Medical Insurance Feasibility Study*
- MS:** Ministério da Saúde
- NOTIVISA:** Sistema de Notificação para a Vigilância Sanitária
- NSP:** Núcleo de Segurança do Paciente
- OMS:** Organização Mundial da Saúde
- OPAS:** Organização Pan-Americana da Saúde
- PNSP:** Programa Nacional de Segurança do Paciente
- PSP:** Plano de Segurança do Paciente
- RDC:** Resolução da Diretoria Colegiada
- REBRAENSP:** Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente
- RIENSP:** Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente
- SUS:** Sistema Único de Saúde
- TCLE:** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- UDM:** Unidade de Diagnóstico de Meningite
- UFPA:** Universidade Federal do Pará
- UNACON:** Unidade de Alta Complexidade em Oncologia
- UPP:** Úlcera por Pressão
- UTI:** Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
1.1 Problema.....	14
1.2 Questões Norteadoras .....	14
1.3 Objetivos.....	14
1.3.1 Geral .....	14
1.3.2 Específico .....	14
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>15</b>
2.1 Contextualização .....	15
2.2 Programa Nacional de Segurança do Paciente .....	18
2.3 Protocolos de Segurança do Paciente .....	19
2.3.1 Protocolo de Higiene das Mãos nos Serviços de Saúde .....	19
2.3.2 Protocolo de Cirurgia Segura .....	20
2.3.3 Protocolo de Prevenção para Úlcera por Pressão .....	21
2.3.4 Protocolo de Identificação do Paciente .....	21
2.3.5 Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso, e Administração de Medicamentos.....	22
2.3.6 Protocolo de Prevenção de Queda .....	22
2.4 A dimensão do Erro na Assistência à Saúde .....	23
2.5 A Cultura de Segurança do Paciente .....	26
2.6 Qualidade nos Serviços de Saúde.....	28
2.7 Prática de Notificação como Instrumento de Qualidade .....	29
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>31</b>
3.1 Delineamento do Estudo.....	31
3.2 Local do Estudo .....	31
3.3 Sujeitos do Estudo .....	32
3.4 Coleta de Dados.....	33
3.5 Análise de Dados .....	34

3.6 Aspectos Éticos e Legais .....	34
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>35</b>
4.1 Caracterização dos Participantes da Pesquisa .....	35
4.2 Análise das Respostas Assinaladas pelos Participantes .....	36
4.2.1 Seção B: “Ocorrência de Eventos Adversos” .....	36
4.2.2 Seção C: “Comunicação” .....	39
4.2.3 Seção D: Notificação de Eventos Adversos .....	42
4.2.4 Seção E: Número de Eventos Reportados .....	43
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>45</b>
<b>REFERENCIAS .....</b>	<b>46</b>
<b>APÊNDICE A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....</b>	<b>50</b>
<b>APÊNDICE B: Instrumento de Coleta de Dados .....</b>	<b>51</b>
<b>ANEXO A: Parecer do CEP .....</b>	<b>54</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Hipócrates (460 a 370 a.C.) concebeu o postulado “*Primum non nocere*”, que significa – primeiro não cause o dano. Desde essa época, o pai da Medicina tinha a noção que o cuidado poderia causar algum tipo de dano (BRASIL, 2014).

Ao longo da história, outros personagens contribuíram com a melhoria da qualidade em saúde, entre eles, evidencia-se Florence Nightingale, mulher com perfil a frente de seu tempo, que transformou a enfermagem e criou novas formas de prestação de assistência à saúde. Durante a Guerra da Crimeia chefiou as primeiras enfermeiras em hospitais de campanha e, por meio da introdução de mudanças simples na higiene e alimentação dos soldados, provocou diminuição significativa no número de infecções e mortes. Nas várias obras publicadas ao longo da sua vida, Florence afirma que a estrutura e a organização dos hospitais influenciam a saúde e recuperação do paciente (MASSOCO, 2012; SOUSA e MENDES 2014).

Atualmente, não raras vezes, a mídia divulga erros ocorridos em diversas situações no contexto hospitalar, servindo de alerta para o fato que estes erros ocorrem e, portanto, devem ser discutidos.

Apesar das instituições de saúde possuir como princípio básico o fornecimento de bens e serviços com o mínimo ou a ausência total de riscos e falhas no atendimento à sua clientela, sabe-se que as atividades complexas em ambientes dinâmicos em que os serviços de saúde se desenvolvem, favorece o ambiente de eventos adversos. (BECCARIA et al 2009; BATALHA 2012).

Os eventos adversos (EAs) podem ser definidos como um resultado indesejado, negativo e não intencional decorrente da assistência à saúde, não relacionadas à evolução natural da doença de base, que ocasionam lesões mensuráveis aos pacientes afetados e/ou prolongamento do tempo de internação e/ou o óbito do paciente (SILVA, WEGNER e PEDRO, 2012; PAIVA, PAIVA e BERTI, 2010).

Nota-se a alta incidência desses eventos nas instituições, o que preocupam profissionais e gestores em saúde, pois problemas dessa natureza refletem um marcante distanciamento entre o cuidado real e o cuidado ideal. Nesta concepção a segurança do paciente passa a ser primordial para esses serviços que tem como missão a beneficência e não maleficência para os seus usuários (BATALHA, 2012).

O *Institute of Medicine* (IOM) em 2000 conceituou segurança do paciente como o processo de livrar o paciente de lesões acidentais, estabilizando sistemas e processos

operacionais, objetivando minimizar a probabilidade de erros e, sobretudo, maximizar a probabilidade de interceptação dos erros quando eles ocorrem (BATALHA, 2012).

A luta por maior segurança do paciente exigem esforços coordenados de profissionais e gestores para evitar danos causados pelo processo de cuidado de saúde. Ao longo dos últimos anos, este tema tem sido cada vez mais reconhecido como uma questão de importância global (SOUSA e MENDES, 2014).

As iniciativas em prol da segurança do paciente tem permitido a minimização dos erros e eventos adversos em saúde. Todavia, quando se reporta aos serviços e ações de saúde como complexos e dinâmicos, notamos que ainda assim, erros e eventos são passíveis de ocorrer, fazendo-se necessário o aprofundamento na temática (BATALHA, 2012).

Entende-se que a ocorrência de erros é inerente ao processo cognitivo humano, logo, enfermeiros e demais profissionais de saúde são passíveis de cometê-los. Dessa forma, esforços devem ser implementados na tentativa conhecer e explorar tais eventos, com a finalidade de desenvolver estratégias que conduzam a prevenção e conseqüentemente promovam a segurança do paciente (MELO *et al*, 2005).

Dentre as várias estratégias que são utilizadas, o instrumento de notificação é o método mais utilizado ao redor do mundo para coletar informações sobre os incidentes, tornando-se mais eficiente com a participação ativa dos funcionários (CAPUCHO, ARNAS e CASSIANI, 2013).

Com o instrumento de notificação, pode-se oferecer atenção para o erro ocorrido no serviço de saúde, produzindo informações detalhadas sobre os EAs, de modo a orientar a definição de prioridades e o desenvolvimento de políticas e de intervenções nos serviços voltadas para a melhoria da qualidade na assistência, tornando, assim, o cuidado mais seguro (CARNEIRO *et al*, 2011)

Neste contexto, este estudo se propôs a desenvolver uma pesquisa com enfermeiros sobre eventos adversos associados à assistência à saúde em um Hospital Universitário, uma vez que, diversos autores afirmam que a incidência de eventos adversos é maior em hospitais de ensino quando comparados com os demais.

Portanto, este assunto é relevância, pois, os erros relacionados à assistência na área da saúde, podem resultar em tragédia para pacientes e suas famílias, aumentar o tempo de internação e os custos hospitalares. Adicionalmente, podem ter um efeito dramático na vida de profissionais de saúde dedicados e envolvidos no cuidado.

Acreditamos que a ampla discussão desta temática promoverá práticas mais seguras, minimizando os riscos e reduzindo o número de eventos indesejáveis e evitáveis a saúde.

## 1.1 Problema

A despeito da ênfase que tem sido dada às ações relacionadas à cultura de segurança do paciente, questiona-se, na prática diária, se essa cultura encontra-se presente na realidade das instituições. Em outras palavras, se a cultura de segurança, que estimula a notificação dos EA, de fato está incorporada nas instituições, assegurando a não punição dos profissionais de enfermagem quando eventos ocorrem.

Existe consenso entre os estudiosos do tema que os números relatados de EA sejam uma estimativa muito modesta do valor real do problema. Como resultado, depara-se com a indesejável subnotificação e omissão de relato de eventos indispensáveis para a implementação de medidas preventivas.

Além disso, há relativamente uma escassez de publicações, principalmente em língua portuguesa, que integrem temas da qualidade em saúde e da segurança do paciente de uma forma sistemática e estruturada.

## 1.2 Questões Norteadoras

- Qual a compreensão dos enfermeiros sobre a notificação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde?
- A cultura de notificação de Eventos Adversos está incorporada na prática dos enfermeiros?

## 1.3 OBJETIVOS

### 1.3.1 Geral

- Realizar um estudo sobre eventos adversos associados à assistência à saúde em um Hospital Universitário.

### 1.3.2 Específicos

- Identificar a compreensão dos enfermeiros com relação a respostas institucionais aos erros e eventos adversos.
- Verificar se ocorre *Feedback* e comunicação entre os profissionais acerca dos eventos adversos notificados.
- Verificar a frequência com que eventos adversos são notificados pelos enfermeiros;

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 2.1 Contextualização

Um estudo realizado na Califórnia em 1974, denominado *The Medical Insurance Feasibility Study (MIFS)*, foi o pioneiro em empregar o método de revisão retrospectiva de processos clínicos/prontuários para avaliar a incidência de eventos adversos em hospitais. Contudo, foi o *The Harvard Medical Practice Study (HMPS)*, realizado em 1984 em hospitais de Nova Iorque, que tornou conhecida a magnitude dos problemas de Segurança do Paciente. (SOUSA E MENDES, 2014).

O estudo de Harvard (HMPS) teve como objetivo obter mais e melhores informações sobre a incidência de eventos adversos e negligência entre os pacientes hospitalizados. Baseou-se no estudo retrospectivo de uma amostra aleatória de mais de 30 mil processos clínicos/prontuários de pacientes internados em 51 hospitais. Seus resultados mostraram que cerca de 3,7% dos pacientes sofreram algum tipo de incidente, e a maioria poderia ter sido prevenida. Apesar de a maioria resultar em lesões menores, aproximadamente 2,6% tiveram problemas que implicaram incapacidade total e permanente ou morte. (SOUSA E MENDES, 2014).

Esse estudo resultou na publicação do relatório, “*To Err is Human: building a safer health system*” – Errar é Humano: Construindo um Sistema de Saúde mais Seguro, pelo *Institute of Medicine (IOM)*, dos Estados Unidos da América (EUA), no ano de 1999. O relatório apresentou resultados de vários estudos que confirmaram a crítica situação da assistência à saúde daquele país. Até a publicação deste relatório as referências às questões de segurança do paciente ou aos eventos adversos eram relativamente escassas (BATALHA, 2012; MELO et al 2005; SOUSA e MELO, 2014).

Esse relatório baseou-se em pesquisas de avaliação da incidência de eventos adversos (EAs) em revisões retrospectivas de prontuários, realizadas em hospitais de Nova York, Utah e Colorado. Nessas pesquisas, o termo evento adverso foi definido como “dano causado pelo cuidado à saúde e não pela doença de base, que prolongou o tempo de permanência do paciente ou resultou em uma incapacidade presente no momento da alta” (BRASIL, 2014).

O relatório apontou que de 33,6 milhões de internações, aproximadamente, 44.000 a 98.000 mil pacientes morreram em hospitais a cada ano em consequência EAs nos EUA. Essa alta incidência correspondeu à oitava causa de morte naquele país e resultou em uma taxa de mortalidade maior do que as atribuídas aos pacientes com HIV positivo, câncer de mama ou acidentes automobilísticos (BATALHA 2012; BRASIL 2014; GALLOTTI 2004).

A publicação desse relatório gerou mobilização dos profissionais de saúde e do público em geral, que ultrapassou o contexto dos EUA e chamou a atenção para o problema de segurança do paciente em diversos países (SOUSA e MENDES, 2014).

Outros estudos que foram realizados em países como Austrália, Inglaterra, Canadá, Nova Zelândia, Dinamarca, França, Portugal, Turquia, Espanha, Suécia, Holanda e Brasil, utilizando o mesmo método de estudo de Havard, confirmaram uma alta incidência de EAs. Em média, 10% dos pacientes internados sofrem algum tipo de evento adverso e destes 50% são evitáveis (BRASIL, 2014).

Portanto, a ocorrência de EA é considerada um sério problema relacionado à segurança do paciente que reflete problemas na qualidade do cuidado prestado no mundo inteiro (MENDES et al, 2005).

O relatório do IOM destacou ainda que a ocorrência de EAs representava também um grave prejuízo financeiro. Nos EUA, os gastos anuais decorrentes de EAs foram estimados entre 17 e 29 bilhões de dólares anuais. Já no Reino Unido, um relatório sobre a análise dos EAs, deominado *An organisation with a memory*, publicado no mesmo ano, revelou que o prolongamento do tempo de permanência no hospital devido aos EAs custou cerca de 2 bilhões de libras ao ano, e o gasto do Sistema Nacional de Saúde com questões litigiosas associadas a EAs foi de 400 milhões de libras ao ano (BRASIL, 2014; SOUSA e MENDES, 2014).

Dessa forma, a partir do relatório, a Organização Mundial da Saúde (OMS) tem demonstrado sua preocupação com a segurança do paciente e desde o ano 2000 adota essa questão como tema de alta prioridade na agenda de políticas dos seus países membros. Desde então, diversas iniciativas foram tomadas no intuito de alavancar as questões relacionadas à segurança do paciente e aprimorar os sistemas e serviços de saúde a fim de evitar e minimizar os eventos adversos e potencializar as estratégias pautadas em processos mais seguros e eficazes (BATALHA, 2012).

Assim, em 2004, foi criada pela OMS a *World Alliance for Patient Safety* (Aliança Mundial para Segurança do Paciente), um programa em parceria com grupos de pacientes e gestores em saúde, visando à socialização dos conhecimentos e das soluções encontradas, objetivando conquistar o compromisso político, lançando programas e gerando alertas sobre aspectos sistêmicos e técnicos. A aliança também realiza campanhas internacionais que reúnem recomendações destinadas a garantir a segurança dos pacientes (BATALHA, 2012).

Os objetivos desse programa, entre outros, eram organizar os conceitos e as definições sobre segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e mitigar eventos adversos (BRASIL, 2014).

Em diversas pesquisas, foram encontradas entre 17 e 24 diferentes definições de erro em saúde e 14 de evento adverso. Esta situação motivou a OMS a desenvolver a Classificação Internacional de Segurança do Paciente (*International Classification for Patient Safety – ICPS*). O Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente traduziu os conceitos chave do ICPS para a língua portuguesa (BRASIL, 2014).

No **Quadro 1**, a seguir, estão alguns dos conceitos e definições da Classificação Internacional de Segurança do Paciente.

**Quadro 1:** Alguns conceitos e definições da Classificação Internacional de Segurança do Paciente da Organização mundial da Saúde

TERMO	CONCEITO
Segurança do Paciente	Reduzir a um mínimo aceitável, o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde.
Dano	Comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico.
Risco	Probabilidade de um incidente ocorrer.
Incidente	Evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente.
Incidente sem lesão	Incidente que atingiu o paciente, mas não causou dano.
Evento Adverso	Incidente que resulta em dano ao paciente.
Circunstância notificável	Incidente com potencial dano ou lesão.

Fonte: Brasil, 2014

Quanto às ações para reduzir os riscos e mitigar os EAs, a OMS priorizou duas, denominadas de desafios globais: reduzir a infecção associada ao cuidado em saúde, por meio da campanha de higienização das mãos; e promover uma cirurgia mais segura, pela adoção de uma lista de verificação antes, durante e após o ato cirúrgico. Outras soluções tem sido muito estimuladas pela OMS, são elas: evitar erros com medicamentos que tenham nomes e embalagens semelhantes; evitar troca de pacientes, ao prestar qualquer cuidado – como, por exemplo, administrar medicamento, colher amostra para exame, infundir bolsa de sangue,

entre outros.; garantir uma correta comunicação durante a transmissão do caso; retirar as soluções eletrolíticas concentradas das áreas de internação dos pacientes e controlar a sua utilização; criar mecanismos de controle de soluções eletrolíticas concentradas; garantir a medicação correta em transições dos cuidados (uso racional de medicamentos); evitar a má conexão de tubos, catéteres e seringas; e usar seringas descartáveis (BRASIL, 2014).

Cabe ressaltar que no Brasil, farmacêuticos e enfermeiros vem se organizando em entidades que visam melhorar a segurança do paciente, entre as quais, destaca-se a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP), criada em 2008 – iniciativa da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), vinculada com a Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente (RIENSP) que tem por objetivo principal disseminar e sedimentar a cultura de segurança do paciente nas organizações de saúde, escolas universidades, programas, organizações não governamentais, como também entre usuários e familiares (BRASIL,2014).

Com o intuito de prevenir danos e fortalecer ações na assistência a segurança do paciente a REBRAENSP está presente em todo o país constituída de membros reunidos em 17 polos e 13 núcleos constituídos por mais de 500 profissionais da Enfermagem e estudantes da graduação que, de forma voluntária, participam das ações propostas pela rede. Estes núcleos e polos compartilham conhecimentos relacionados à qualidade em saúde e a segurança do paciente, promovendo a articulação entre instituições do Ensino Superior ampliando e fortalecendo as atividades de assistência, gerência, ensino e pesquisa acerca da temática. (BATALHA, 2012; BRASIL, 2014).

## **2.2 Programa Nacional de Segurança do Paciente**

Nesse contexto, foi lançado no Brasil em 1º de abril de 2013 pelo Ministério da Saúde (MS) e Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), a partir da portaria 529/13, com o propósito de monitoramento e prevenção de danos à assistência à saúde. O PNSP tem como objetivo geral contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional, e possui como objetivos específicos: implantar a gestão de risco e os Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde; envolver os pacientes e familiares nas ações; ampliar o acesso da sociedade às informações; produzir, sistematizar e difundir conhecimentos; e fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e pós-graduação na área da saúde (BRASIL, 2013).

A Portaria propõe que um conjunto de protocolos básicos, definidos pela OMS, devam ser elaborados e implantados: prática de higiene das mãos em estabelecimentos de saúde; cirurgia segura; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; identificação de pacientes; comunicação no ambiente dos estabelecimentos de Saúde; prevenção de quedas; úlceras por pressão; transferência de pacientes entre pontos de cuidado; e uso seguro de equipamentos e materiais. Esses protocolos são os recomendados pela OMS, nos “desafios globais” – prática de higiene das mãos em estabelecimentos de saúde; cirurgia segura, e os demais nas chamadas “soluções de segurança para o paciente” (BRASIL, 2014).

Duas questões motivaram a OMS a eleger esses protocolos: o pequeno investimento necessário para a sua implantação e a magnitude dos erros e eventos adversos decorrentes da falta deles. Entretanto, as pesquisas que apontaram essas prioridades para a OMS vieram de países desenvolvidos, o que reforça a necessidade de desenvolver mais pesquisas no Brasil em segurança do paciente. Esses protocolos constituem instrumentos para construir uma prática assistencial segura e são componentes obrigatórios dos planos (locais) de segurança do paciente dos estabelecimentos de saúde (BRASIL, 2014).

Ainda em 2013, a ANVISA publicou RDC n.º. 36, em 22 de julho de 2013, que institui as ações de segurança do paciente no âmbito dos serviços de saúde e, entre outras medidas, estabelece a obrigatoriedade de implantação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) nos serviços de saúde. O desenvolvimento das ações e das estratégias previstas no PNSP cabe ao NSP, o qual desempenha papel fundamental em todo processo de implantação do Plano de Segurança do Paciente (PSP), incluindo o monitoramento dos incidentes e eventos adversos (BRASIL, 2015, 2013).

## **2.3 Protocolos de Segurança do Paciente**

### **2.3.1 Protocolo de Higiene das mãos em Serviços de Saúde**

A prática de higienização das mãos representou uma das primeiras medidas de prevenção do controle de infecção, sendo estudada desde o século XIX e atualmente considerada uma medida simples e a mais importante para o controle de infecção nos serviços de saúde, porém, a adesão a esta medida ainda é baixa, tornando-se um grande desafio para as instituições (MACHADO e AZEVEDO, 2015).

O protocolo de higienização das mãos tem como intuito instituir e promover a higiene das mãos nos serviços de saúde do país com a finalidade de prevenir e controlar as infecções relacionadas à assistência à saúde, visando à segurança do paciente, dos profissionais de saúde e de todos aqueles envolvidos nos cuidados aos pacientes (BRASIL, 2013).

Esse manual aborda sobre estratégias importantes, como a necessidade de haver o fácil acesso ao produto de higienização, de modo que o profissional não tenha que se deslocar do ambiente no qual se encontra o paciente, seja nos serviços de saúde, públicos ou privados (BRASIL, 2013).

A higienização adequada das mãos permite a prevenção da transmissão de microorganismos e consequentemente evita que pacientes e profissionais de saúde adquiram as infecções relacionadas à assistência à saúde. O protocolo também traz informações substanciais como técnicas para cada tipo de higienização, definição de vários modos de higienização (simples; antisséptica; antisséptica com preparação alcoólica; preparação alcoólica sob forma líquida; gel; espuma; etc). Além de definir os cinco principais momentos que as mãos devem ser higienizadas – antes de tocar o paciente; antes de realizar o procedimento limpo/asséptico; após o risco de exposição a fluidos corporais ou secreções; após tocar os pacientes e após tocar superfícies próximas ao paciente (BRASIL, 2013).

### **2.3.2 Protocolo de Cirurgia Segura**

As cirurgias são responsáveis por uma parcela considerável de EAs. Em um estudo com 1.050 cirurgiões 21% relataram ter realizado pelo menos uma cirurgia em local errado em sua carreira. Atualmente, acontece uma cirurgia em cada 25 pessoas por ano, sendo que, a cada 150 pacientes um morre em consequência de incidente. As taxas de eventos adversos em cirurgia geral variam de 2% a 30% (BRASIL, 2013).

A finalidade do protocolo de cirurgia segura é determinar as medidas a serem implantadas para reduzir a ocorrência de incidência, eventos adversos e a mortalidade cirúrgica através de um checklist, ou seja, uma lista de verificação, que deve ser realizado em três momentos: antes da indução anestésica, antes de iniciar a cirurgia e antes do paciente sair da sala de cirurgia. Existem evidências de que a lista de verificação de cirurgia segura reduz complicações e salva vidas. Um estudo realizado em oito países constatou que houve uma redução de 11% para 7% em complicações e 1,5% para 0,8% na mortalidade, após a adoção da lista de verificação (BRASIL, 2013).

Os objetivos do checklist de cirurgia segura são: operar o paciente certo no local certo; usar métodos conhecidos para impedir danos na administração de anestésicos; reconhecer e estar efetivamente preparado para a perda de via aérea ou função respiratória que ameace a vida; reconhecer e estar preparado para o risco de grandes perdas sanguíneas; evitar a indução de reação adversa a medicamentos ou reações alérgicas sabidamente de risco ao paciente; usar métodos conhecidos para minimizar riscos de infecção no sítio cirúrgico; impedir a retenção

inadvertida de compressas ou instrumentos nas feridas cirúrgicas; manter seguros e identificar espécimes cirúrgicos; e comunicação efetiva – troca de informações críticas para a condução segura da operação (MACHADO e AZEVEDO, 2015).

### **2.3.3 Protocolo de Prevenção para Úlcera Por Pressão**

Úlceras por pressão (UPP) são lesões da pele e/ou tecidos subjacentes originadas por isquemia tecidual prolongada, causadas por fatores intrínsecos e extrínsecos ao paciente, geralmente localizada sobre uma proeminência óssea, resultado de uma pressão isolada, ou combinada com fricção e cisalhamento (MACHADO e AZEVEDO, 2015).

Uma das consequências mais comuns resultante de longa permanência em hospitais é o aparecimento de alterações na pele, sendo que, a incidência aumenta quando os fatores estão relacionados com idade avançada e a restrição ao leito. No Brasil a incidência de UPP é de 39,81% (BRASIL, 2013).

O protocolo da úlcera por pressão tem como finalidade promover a prevenção da sua ocorrência e também de outras lesões da pele. O protocolo de prevenção da UPP traz também, de modo geral definições muito importantes relacionados à UPP, informações sobre medidas para a prevenção e o tratamento, além de uma síntese que aborda os estágios do processo de desenvolvimento da UPP (BRASIL, 2013).

Sabe-se que, a avaliação e a prescrição de cuidados com a pele é uma atribuição do enfermeiro. Os cuidados para prevenção de UPP devem incluir: avaliação diária do risco; inspeção diária da pele nos pacientes de risco; aperfeiçoar a hidratação e nutrição, uma vez que a desidratação e desnutrição são fatores de risco para o desenvolvimento de UPP; minimizar a pressão através de mudança de decúbito e utilização de superfícies para redistribuição da pressão; entre outros (BRASIL, 2013; MACHADO e AZEVEDO, 2015).

### **2.3.4 Protocolo de Identificação do Paciente**

Desde a admissão até a alta do serviço, em todas as fases do diagnóstico e do tratamento, vários erros de identificação do paciente podem ocorrer. Alguns fatores podem potencializar os riscos na identificação do paciente como: estado de consciência do paciente, mudanças de leito, setor ou profissional dentro da instituição e outras circunstâncias no ambiente. Muitas instituições fazem uso das pulseiras para identificar seus pacientes (BRASIL, 2013).

A finalidade do protocolo de identificação do paciente é exatamente garantir a correta identificação do paciente, a fim de reduzir a ocorrência de incidentes. Sendo que, este

processo deve assegurar que o cuidado seja prestado à pessoa para a qual se destina, prevenindo assim a ocorrência de erros e enganos que o possam lesar o mesmo.

O protocolo sugere algumas intervenções relevantes em relação à identificação do paciente como: identificar o paciente usando pelo menos dois tipos de identificadores; educar paciente/família/acompanhante/cuidador e confirmar a identificação do paciente antes do processo. E também comenta sobre estratégias de monitoramento e indicadores como a notificação dos casos de identificação errada dos pacientes (BRASIL, 2013).

### **2.3.5 Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso, e Administração de Medicamentos**

A utilização inadequada de medicamentos pode agregar importantes custos à assistência à saúde, além de provocar mortes. Portanto, deve ser vista por todos os profissionais de saúde envolvidos na terapia medicamentosa, isto é, a prescrição pelo médico, a dispensação pelo farmacêutico e, por fim, a administração pela enfermagem. A administração corresponde à última oportunidade de prevenir erro na prescrição ou na dispensação do medicamento (MACHADO e AZEVEDO, 2015).

Assim, para a implementação segura da terapia medicamentosa, os enfermeiros devem ter conhecimentos sobre o correto preparo e administração de fármacos e soluções. A partir da prescrição médica, executar o aprazamento da administração, prescrever cuidados concernentes à administração e monitorização, conforme o tipo de terapêutica, e registrar a resposta do paciente ao tratamento, incluindo possíveis eventos adversos relacionados ao uso de fármacos e soluções (MELO, 2005).

Nesse contexto, o intuito do protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos é promover práticas seguras no uso de medicamentos em estabelecimentos de saúde (BRASIL, 2013).

### **2.3.6 Protocolo de Prevenções de Queda**

Comprovadamente a hospitalização aumenta o risco de quedas, principalmente devido ao uso de medicamentos, a doenças como demência e osteoporose, sendo mais frequente em idosos no setor da neurologia e de reabilitação. A taxa é de 3 a 5 quedas por 1.000 pacientes/dia, sendo que, as quedas produzem danos de 30% a 50% dos casos, destes, 6% a 44% sofrem danos muito graves que podem levar ao óbito (BRASIL, 2013).

As quedas de modo geral, podem aumentar a ansiedade, depressão e o medo de cair novamente, o que acaba aumentando o risco de novas quedas. Alguns fatores como idade avançada (maior que 85 anos); história recente de queda; redução da mobilidade;

incontinência urinária; uso de medicamentos e hipotensão postural, podem levar a queda (BRASIL, 2013).

O protocolo de prevenção de quedas, além de possuir como finalidade a redução da ocorrência de quedas, também tem como intuito promover educação ao paciente, familiares e profissionais de saúde (BRASIL, 2013).

#### **2.4 A dimensão do erro na assistência à saúde**

Muitos paradigmas são desafiados quando se fala em erros na assistência à saúde. Os profissionais normalmente associam falhas nas suas atividades à vergonha, perda de prestígio e medo de punições. De modo geral, o ambiente nas instituições não é propício para uma discussão franca sobre o assunto, o que resultaria na melhoria do sistema como um todo (ROSA e PERINI, 2003).

O conceito de que o profissional da Saúde não comete erros está disseminado na sociedade e particularmente entre os profissionais da Saúde. Desde a graduação, tem-se a errada concepção de que os “bons profissionais da saúde não erram”, ou de que “basta ter atenção que não há erro”, poucos entendem que errar é humano. (BRASIL, 2014).

A pressão para que profissionais de saúde produzam mais em empresas privadas, em tempo mais curto, para reduzir custos, e as superlotações de serviços de emergência do SUS são exemplos bastante frequentes nesse país de condições de trabalho que causam intenso sofrimento aos profissionais da saúde e podem ser responsáveis por eventos adversos (BRASIL, 2014).

Muitos estudos tem sido publicados atualmente, mostrando a alta frequência da síndrome do esgotamento profissional (burn out) em todos os profissionais e em particular entre enfermeiros e cirurgiões. Transtornos que atingem a saúde mental do profissional da saúde são considerados importantes fatores contribuintes do erro e dos eventos adversos (BRASIL, 2014).

De acordo com Rosa e Perini (2003), quando algum acidente ocorre, a tendência é buscar escondê-lo. Existe uma espécie de silêncio consentido entre as partes envolvidas: organizações provedoras de serviços, órgãos de classe, instituições reguladoras, profissionais da área e pacientes. Cada uma acredita que a outra está fazendo o que deve ser feito até o momento em que os erros acontecem. A partir daí, principalmente quando o erro é grave, desencadeia-se uma forte pressão para se descobrir o culpado, negligenciando-se a busca das causas sistêmicas do problema e dirigindo o foco a um indivíduo.

A mídia, por sua vez, é voraz na cobertura dos casos desastrosos e procura revelar detalhes assustadores que acabam atraindo ainda mais a atenção da população. Muitas vezes, nesses casos, perde-se importante oportunidade de aprendizado com o evento adverso ocorrido. Todas as energias e atenções se voltam para a descoberta do culpado. Aliviada a tensão, outros assuntos ocupam o noticiário até que um novo acidente aconteça (ROSA e PERINI, 2003).

No Brasil, exemplos envolvendo administração endovenosa de medicamentos com mortes evidenciam o problema, como a administração de vaselina, de fluido de lubrificação do aparelho de ressonância magnética, em vez de solução fisiológica, a prescrição de uma dose exagerada de adrenalina. Casos que mostram a relevância do problema e a necessidade urgente da mudança da atuação dos gestores da saúde nesta questão (BRASIL, 2014).

A dimensão desta problemática transcende a premissa central de prejuízo para o paciente envolvido, acarretando repercussões para o profissional e instituição, bem como, outras de caráter social, ético, econômico e cultural (MELO *et al*, 2005).

A ocorrência de eventos adversos deve ser associada a falências dos complexos sistemas técnicos e organizacionais relacionados à atenção a saúde, e não como resultados isolados de ações praticadas por profissionais incompetentes. São as vulnerabilidades presentes nos sistemas (fatores latentes) que favorecem a prática de erros pelos indivíduos envolvidos com o cuidado (fatores ativos) (GALLOTTI, 2003).

Existem condições consideradas facilitadoras para que os eventos adversos aconteçam no sistema de saúde, dentre elas estão: avanço tecnológico com incompatibilidade do aperfeiçoamento pessoal necessário, distanciamento das ações próprias de cada profissional, desmotivação, falta de comunicação, ausência ou limitação da sistematização e documentação do cuidado de enfermagem, delegação de cuidados sem supervisão adequada e sobrecarga de serviço (BECCARIA *et al* 2009).

Dessa forma, uma vez que seres humanos cometem erros em qualquer atividade que desenvolvam, os sistemas devem ser reformulados no sentido de tornar mais difícil a realização de ações erradas e, mais fácil, a adoção de atitudes corretas (GALLOTTI, 2003).

Segundo Lucian Leape (2002), o princípio orientador dessa abordagem é que os eventos adversos não são causados por más pessoas, e sim por sistemas que foram mal desenhados e produzem resultados ruins. Esse conceito está transformando o foco anterior sobre o erro individual pelo foco nos defeitos do sistema.

Muitas abordagens sobre análise de erros humanos em saúde tem sido estudadas na última década. Entre elas, destaca-se a do psicólogo James Reason da Universidade de

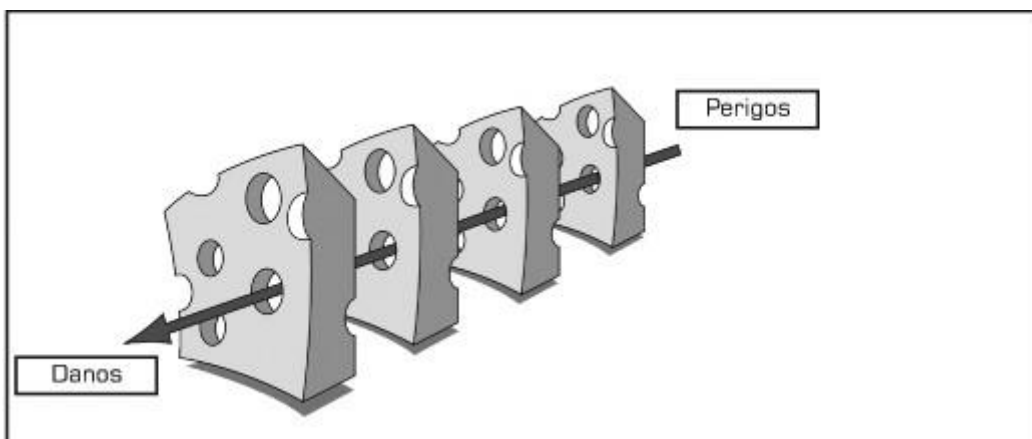
Manchester, na Inglaterra. Reason interpreta o erro humano sob duas formas: abordagem pessoal e abordagem do sistema (ANDOLHE, 2013; BRASIL 2014).

A abordagem pessoal é focada nos atos inseguros cometidos por quem está em contato direto com o sistema: enfermeiros, médicos, farmacêuticos, entre outros. Nesta abordagem, os atos inseguros derivam, primariamente, de processos mentais, como: falta de atenção, falta de motivação, esquecimento, negligência e imprudência, sendo tratados como uma questão moral. A falha é atribuída à pessoa e não à instituição. Essa cultura de culpabilidade e abordagem pessoal ainda predomina nos serviços de saúde brasileiros (ANDOLHE, 2013).

Na abordagem do sistema, a premissa básica é que o ser humano é falível e erros são esperados até mesmo nas melhores instituições. O erro é visto tendo suas origens em fatores sistêmicos. Quando um evento adverso ocorre o importante não é quem cometeu, mas como e por que as defesas falharam. Assim, as medidas preventivas baseiam-se no fato de que não é possível mudar a natureza humana, mas as condições sob as quais os seres humanos trabalham (ANDOLHE, 2013).

A partir dessas considerações, Reason, propôs o “Modelo do Queijo Suíço” no qual barreiras, defesas e salvaguardas ocupam uma posição chave na abordagem do sistema. Em um contexto hipotético, cada camada de defesa, barreira ou salvaguarda deveria estar íntegra. Entretanto, cada uma delas é semelhante a fatias de queijo suíço, com muitos buracos, que se abrem e se fecham continuamente, em diferentes momentos. Em algumas situações, quando esses buracos se alinham, permitem quem um erro ultrapasse as múltiplas barreiras de segurança, causando o dano ao paciente (ANDOLHE, 2013).

**FIGURA 1:** “Modelo do Queijo Suíço”, mostrando como as defesas, barreiras e salvaguardas podem ser penetradas por um perigo ocasionando danos.



Fonte: Reason, 2000.

A **Figura 1** mostra o Modelo do Queijo Suíço. O modelo mostra que quando não há camadas de queijo (barreiras), os buracos se comunicam. O vetor, mostrado na figura, representa que o risco não encontrou barreira e atingiu o paciente. Reason parte do pressuposto de que é impossível eliminar falhas humanas e técnicas. Porém, há mecanismos para evitar o erro e mitigar os eventos adversos. As barreiras que impedem que o risco atinja o paciente podem ser: profissionais atualizados; uso de protocolos clínicos; uso de check list cirúrgico; protocolos de higiene das mãos; dose unitária de medicamentos, entre outros (BRASIL, 2014).

Os buracos nas defesas ocorrem por duas razões: falhas ativas e condições latentes. Ambas as razões estão envolvidas na ocorrência de eventos adversos. As falhas ativas estão representadas pelos atos inseguros cometidos pelos profissionais que estão em contato direto com o sistema, podendo assumir diferentes formas: deslizos, lapsos, perdas, erros e violações de procedimento. As condições latentes são representadas pelos fatores sistêmicos. As condições latentes podem permanecer dormentes no sistema por muito tempo antes que se combinem com falhas ativas provocando acidentes. As falhas ativas não podem ser previstas facilmente, mas as condições latentes podem ser identificadas e corrigidas antes de um evento adverso (ANDOLHE, 2013).

Ressalta-se, então, que os erros são decorrentes primordialmente de falhas nos complexos sistemas presentes nas organizações e não na competência específica e isolada de profissionais. Enfatiza-se que a abordagem individual do erro, dirigida exclusivamente às pessoas que cometeram as falhas, não prevenirá a ocorrência de novos erros. Apenas profundas mudanças nas instituições poderão alterar esta situação (GALLOTTI, 2003).

No que se refere à enfermagem, estudos tem demonstrado que o sistema de saúde não é desenhado para promover boas práticas de enfermagem. Os mais de 13 milhões de profissionais de enfermagem no mundo devem ter a segurança do paciente como fundamento de sua prática. Porém, poucos são os que trabalham em condições apropriadas que lhes permitam desenvolver os cuidados de enfermagem que aprenderam ou idealizaram para seus pacientes e familiares (PEDREIRA, 2009).

## **2.5 A Cultura de Segurança do Paciente**

A partir da abordagem de Reason, no que se refere aos erros, à necessidade de uma cultura de segurança com implementação de sistemas organizacionais de identificação e

prevenção de erros foram a tônica da indústria petroquímica, nuclear e de aviação, servindo como base para a área da saúde (ANDOLHE, 2013).

Enquanto nas áreas da indústria, petroquímica, nuclear, aviação, financeira e militar esforços e investimentos foram realizados de maneira a desenvolver sistemas de prevenção de erros humanos, na área da saúde, a cultura de punição aos indivíduos que cometeram erros foi se perpetuando, sendo a culpa, o medo e a vergonha, os sentimentos que culminaram destas ações. A primeira pergunta que impera nas instituições de saúde é “quem fez isso?” como se erros fossem raros e relacionados à conduta dúbia de alguns profissionais da saúde (PEDREIRA, 2009).

O Grupo Consultivo Internacional em Segurança Nuclear foi o primeiro a conceituar o termo cultura de segurança na literatura, após o acidente na usina nuclear de Chernobyl na Ucrânia, na década de 80. A definição foi adaptada para o contexto da segurança do paciente em cuidados de saúde por Sorra e Nieva (2003), como: o resultado de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamentos individuais e organizacionais, que determinam o compromisso, o estilo e a competência das organizações de saúde para o gerenciamento da segurança (BATALHA, 2012).

Organizações com uma cultura de segurança favorável são caracterizadas por comunicações fundadas na confiança mútua, pela percepção compartilhada da importância da segurança e pela confiança na eficácia das medidas de prevenção, aprende-se com os erros, e ao invés de culpar o indivíduo, é feita uma abordagem sistêmica do problema (MASSOCO, 2012; BATALHA, 2012).

Segundo a *European Society for Quality in Healthcare* a cultura de segurança do paciente pode ter a seguinte definição: modelo integrado de comportamento individual e organizacional, baseado em crenças e valores comuns, que continuamente procuram minimizar danos ao paciente que podem resultar dos processos de prestação de cuidados (BATALHA, 2012).

Contudo, alguns autores relatam que uma definição padrão para cultura não existe, mas sim um entendimento comum, curto e intuitivo como sendo “o modo como as coisas são feitas aqui”. Sendo assim, a boa cultura de segurança, que se reflete na forma como “as coisas são feitas”, é necessária para fortalecer o aprendizado organizacional, o trabalho em equipe, a comunicação aberta, o *feedback*, e a resposta não punitiva ao erro (MASSOCO, 2012).

## 2.6 Qualidade nos serviços de saúde

O termo qualidade tem sua origem do latim *qualitate* e tem como significado: propriedade, atributo ou condição dos fatos ou das pessoas, capaz de distingui-las das outras e de lhes determina natureza; e numa escala de valores, qualidade permite avaliar e, por conseguinte, aprovar ou recusar produtos e serviços (CLÍNCO, 2007).

Sendo assim, o conceito de qualidade é algo complexo, uma vez que detém inúmeros componentes de valoração subjetiva para atribuir uma conotação positiva a um produto ou serviço, visando atender ou superar as necessidades e expectativas dos usuários (MASSOCO, 2012).

Avedis Donabedian, um dos principais estudiosos sobre qualidade em saúde, define qualidade como um conjunto de atributos que inclui um nível de excelência profissional, o uso eficiente de recursos, um risco mínimo ao paciente, um alto grau de satisfação por parte dos usuários, considerando valores sociais existentes (MASSOCO, 2012; RIGHI, SCHMIDT e VENTURINI, 2010).

Em 1985, Donabedian, criou um quadro conceitual a partir de 3 dimensões: a estrutura, que envolve os recursos físicos, humanos, materiais, equipamentos, e financeiros necessários para a assistência; o processo, que se refere às atividades envolvendo os profissionais de saúde e a sua interação com os usuários; e, o resultado, que corresponde ao produto final da assistência prestada, considerando a saúde, por meio de padrões de excelência, da satisfação e das expectativas dos usuários (MASSOCO, 2012).

Posteriormente, em 1990, essa tríade foi ampliada e estabeleceram-se sete atributos dos cuidados de saúde que definem a sua qualidade: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade, conforme Quadro 2. Esses atributos ajudaram a compreender melhor o conceito de qualidade em saúde (BRASIL, 2014).

Quadro 2: Definições dos “Sete pilares da qualidade” em saúde propostos por Donabedian

Atributos	Definição
Eficácia	Capacidade de melhorias na saúde e no bem-estar; o melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis devido ao estado do paciente, quando mantidas as demais circunstâncias.
Efetividade	Alcance do grau atingível na busca da melhoria da saúde, nas condições da prática cotidiana.
Eficiência	Habilidade de obter o melhor resultado ao menor custo.

Otimização	Emprego da relação custo-benefício na assistência à saúde.
Aceitabilidade	Adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos seus usuários e de seus familiares.
Legitimidade	Aceitação do cuidado da forma como é visto pela sociedade, em geral.
Equidade	Igualdade na distribuição dos cuidados, como parte daquilo que torna o cuidado aceitável aos indivíduos e legítimo a sociedade.

Fonte: Donabedian, 1990.

A qualidade é um conceito multidimensional, que requer diferentes abordagens para a sua avaliação. A qualidade do cuidado em saúde é definida pela OMS como: “o grau em que serviços de saúde, para indivíduos e populações, aumentam a probabilidade de resultados desejados e são e são consistentes com o conhecimento profissional atual”. Dessa forma, a segurança do paciente é uma importante dimensão da qualidade, pois, erros aumentam o risco de incidentes que causam dano ao paciente (MASSOCO, 2012).

É importante ressaltar que o paciente é o consumidor final dos serviços de saúde. Portanto, a avaliação de práticas assistenciais é fundamental para o processo da melhoria contínua do paciente, implicando em ações voltadas para a segurança do paciente, incorporando a gestão como uma prática administrativa, que emprega conceitos de cultura, comportamento, planejamento e uma adequada atuação da gerência na escolha da ferramenta certa, aumentando a probabilidade de resultados desejáveis (MASSOCO, 2012).

Deste modo, a melhoria contínua da qualidade da assistência no sentido de atingir a excelência é um processo dinâmico e exaustivo de identificação permanente dos fatores intervenientes no processo de trabalho da equipe de enfermagem e requer do enfermeiro a implementação de ações e elaborações de instrumentos que possibilitem avaliar de maneira sistemática os níveis de qualidade dos cuidados prestados (MASSOCO, 2012)

## **2.7 Prática de notificação como instrumento de qualidade**

As informações em saúde constituem ferramentas importantes para a execução de ações voltadas para segurança do paciente, uma vez que promovem melhor compreensão das mudanças de padrões epidemiológicos. Conceitualmente, um sistema de informações em saúde pode ser entendido como um instrumento para adquirir, organizar e analisar dados necessários à definição de problemas e riscos para a saúde. Tais dados podem servir de base para avaliar a eficácia e a eficiência dos serviços de saúde para a população, além de

contribuir para a produção de conhecimento acerca da saúde (OLIVEIRA, XAVIER e SANTOS, 2013).

A *Joint Commision on Accreditation of Healthcare Organizations* – JCAHO, organização não-governamental americana que avalia a qualidade dos serviços de hospitais dentro dos EUA, recomenda que existam ferramentas para medir e monitorar as atividades de uma instituição e propõe a utilização do instrumentos de notificação. Preconiza, ainda, que exista uma análise crítica sobre as causas de sua ocorrência e implantação de medidas de qualidade (MASSOCO, 2012).

No Brasil, a ANVISA passou a receber os dados de notificação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde, conforme previsto na RDC nº 36/2013. As notificações devem ser inseridas, pelos Núcleos de Segurança do Paciente, no Sistema Nacional de Notificação para a Vigilância Sanitária (NOTIVISA) mensalmente, no módulo “Eventos Adversos Relacionados à Assistência à Saúde”.

O NOTIVISA é um sistema informatizado na plataforma web lançado em 2007. Inicialmente foi desenvolvido para receber notificações relacionadas à Tecnovigilância, Hemovigilância e Farmacovigilância, por meio do monitoramento da ocorrência de queixas técnicas de medicamentos e produtos para a saúde. Desde 2014, porém, opera também na vigilância dos eventos adversos assistenciais relacionados à Segurança do Paciente.

Atualmente, os investimentos na segurança do paciente voltam-se para o aprimoramento de programas que tem como meta a criação de uma cultura de segurança nas instituições de saúde, com vistas à prevenção de qualquer tipo de EA. Nesse sentido, procura-se desenvolver em cada indivíduo a capacidade de avaliar o ambiente em busca de perigos potenciais, recebendo apoio institucional de modo que sejam identificadas as falhas e os caminhos para eliminá-las, reduzi-las ou controlá-las apropriadamente. Busca-se, em síntese, inserir uma consciência coletiva de prevenção de EA, utilizando-se a abordagem pró ativa, não punitiva e de incentivo à notificação espontânea e anônima dos eventos (CLARO *et al*, 2011).

Sabe-se, no entanto, que o medo e o receio estão presentes quando se aborda uma situação de erro culminando em subnotificações ou a não notificações dos mesmos, fator preocupante para o gerenciamento de eventos adversos associados à assistência à saúde (BOHOMOL e RAMOS, 2007).

Uma investigação, com enfermeiros, sobre o tema, demonstrou que 40% de eventos não foram relatados devido ao estigma da atitude negativa em relação ao incidente e os complexos relatórios que os profissionais devem realizar. Outros autores identificaram o

medo de represálias e exposição a julgamentos como os principais fatores para a não notificação e referem que apenas 25% dos erros são formalizados em relatórios ou notificações de ocorrências (BOHOMOL e RAMOS, 2007).

A qualidade na assistência e a segurança do paciente devem ser metas a serem atingidas pelos profissionais e instituições de saúde. E a partir do instrumento de notificações autênticas é possível este progresso. Quando há uma subnotificação dos eventos adversos, ocorre como consequência uma provável displicência no processo causando custos diretos e indiretos para o sistema. Os custos diretos são decorrentes de execução de exames adicionais; aumento significativo da permanência hospitalar; uso de medicamentos suplementares; necessidade de realização de procedimentos médicos; e ainda, a transferência para unidades de terapia semi-intensiva/intensiva. Já os custos indiretos estão associados à perda da produtividade e ao sofrimento físico e psicológico do paciente e familiares (ROQUE e MELO, 2011).

Posto isto, notificação de eventos adversos são consideradas importantes indicadores de qualidade por sinalizarem a presença de falhas relacionadas à segurança de pacientes, dimensionando a magnitude dos problemas referente à qualidade da atenção nos diferentes serviços, e por fornecer valiosas informações para a construção de um sistema de saúde mais seguro (GALLOTTI, 2003).

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 Delineamento do Estudo**

Trata-se de um estudo descritivo, transversal e de cunho quantitativo.

Para Cervo e Bervian (2002) a pesquisa descritiva observa, registra, analisa e correlaciona fatos ou fenômenos sem manipulá-los. Dessa forma, busca descobrir, com a maior precisão possível, a frequência com que um fenômeno ocorre, sua relação e conexão com outros, sua natureza e características.

Sendo assim, o estudo mais adequado quando se necessita compreender o comportamento de vários fatores e elementos que influenciam determinados fenômenos. (OLIVEIRA, 2002)

#### **3.2 Local do Estudo**

A pesquisa foi desenvolvida no Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB), localizado na cidade de Belém-PA. O qual é uma instituição de assistência, ensino

e pesquisa ligada a Universidade Federal do Pará (UFPA), que presta serviços à comunidade através do Sistema Único de Saúde (SUS).

O HUIBB possui 17.52m<sup>2</sup> de área construída, conta com 300 leitos, sendo 271 leitos operacionais e 29 de retaguarda. Dispõe de Programas de Residência Médica e Multiprofissional em Saúde do Idoso e Oncologia, assegura o acompanhamento docente para os estudantes de graduação e desenvolve atividades de pesquisa.

Na Área de Assistência, o HUIBB oferece consultas e internação em diversas especialidades, como Clínica Médica, Pneumologia, Infectologia, Pediatria, Cirurgia Geral, Cirurgia Vascular, Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Endocrinologia, Cardiologia, Gastroenterologia, Neurologia e Urologia (ASCOM HUIBB, 2013).

O Hospital dispõe também de um Centro de Diagnósticos, que realiza exames laboratoriais, diagnóstico por radio imagem, provas de funções respiratórias, exames endoscópicos, métodos gráficos e reabilitação através de fisioterapia e terapia ocupacional. Além disso, possui uma exclusiva Unidade de Diagnóstico de Meningite (UDM) e uma Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) (ASCOM HUIBB, 2013).

A Instituição possui um Núcleo de Segurança do Paciente, em conformidade com a RDC nº 36/13, o qual monitora as notificações de Eventos Adversos e registra no NOTIVISA.

### 3.3 Sujeitos do Estudo

31 enfermeiros do HUIBB que atuam nos seguintes setores: Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Pneumologia, Pediatria, Infectologia, Centro Cirúrgico, Unidade de Terapia Intensiva (UTI), UDM e UNACON; e aceitaram participar da pesquisa através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A).

#### a) Critérios de Inclusão:

- Enfermeiros que aceitaram participar da pesquisa e devolveram, dentro do prazo solicitado, o TCLE assinado e o questionário totalmente preenchido;
- Enfermeiros que estavam na escala de serviço do mês de abril de 2015 de forma contínua, isto é, compondo a equipe de segunda à sexta.

Dessa forma, foram incluídos apenas enfermeiros dos turnos diurnos (manhã e tarde), devido vivenciarem a rotina da instituição de forma regular, excluindo o profissional do noturno por trabalhar em regime de plantão.

#### b) Critérios de Exclusão:

- Enfermeiros que recusaram participar da pesquisa ou não devolveram TCLE assinado/Questionário completamente preenchido dentro do prazo solicitado;

- Enfermeiros que trabalham em regime de plantão.

Após a aplicação dos critérios de exclusão foram distribuídos 48 questionários entre os nove setores participantes deste estudo. Sendo 11(22,92%) na UNACON, 2(4,2%) na UDM, 3(6,2%) no Centro Cirúrgico, 5(10,42%) no CTI, 6(12,5%) na Clínica Cirúrgica, 5(10,42%) na Pediatria, 6(12,5%) na DIP, 5(10,42%) na Pneumologia e 5(10,42%) na Clínica Médica. Destes retornaram 31 questionários, totalizando aproximadamente 64,5% de adesão a pesquisa.

### 3.4 Coleta de Dados

O instrumento de coleta de dados é o documento por meio do qual as perguntas e questões são apresentadas aos respondentes e onde são registradas as respostas e dados obtidos. Todo o trabalho de planejamento e execução das etapas iniciais se consolida no instrumento de coleta de dados, sendo questionário o instrumento mais utilizado em pesquisas (MASSOCO, 2012)

Para esta pesquisa foi realizada a aplicação adaptada do questionário da *Agency for Health Research and Quality (AHRQ)*, intitulado *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, desenvolvido em 2004, traduzido para o português e validado por Clinco (2007) e adaptado por Batalha (2012). Os dados foram coletados no período de abril e maio de 2015.

O instrumento possui enfoque nos erros e nas percepções de erros pelos profissionais, podendo ser respondido por toda equipe multiprofissional, entretanto, neste estudo optou-se apenas por enfermeiros.

O instrumento de coleta de dados desta pesquisa (Apêndice B) é constituído de duas partes. A primeira apresenta uma breve caracterização dos participantes da pesquisa (Seção A do questionário). A segunda parte é composta por itens que abrangem as dimensões da percepção de erro, bem como a frequência de relatórios de notificação (Seções de B a E do questionário).

A seção B do questionário é constituída por quatro questões que permitem os profissionais expressarem a sua percepção com relação a respostas institucionais aos erros e EAs, as quais: se os profissionais sentem que seus erros podem ser utilizados contra eles (1); se existe uma cultura de aprendizagem na instituição, na qual erros levam a mudanças positivas (2); se quando ocorre um erro, os profissionais são apontados e não o problema (3); e, se existe medo que os erros sejam registrados em suas fichas funcionais (4).

A seção C do questionário é composta por cinco questões acerca do *Feedback* e comunicação a respeito de erros. Nesta seção será verificado se: é dado retorno sobre as

medidas implantadas em função de eventos adversos (1); os trabalhadores podem discutir livremente caso observam algo que pode afetar negativamente o paciente (2); os trabalhadores são informados sobre os erros que ocorrem (3); os profissionais sentem-se a vontade para questionar seu superior (4) e; são discutidas maneiras de prevenir erros com a equipe (5).

A seção D diz respeito à frequência com que eventos adversos são notificados caso sejam: percebidos e corrigidos antes de afetar o paciente (1); erros sem potencial para prejudicar o paciente (2); erros que poderiam causar dano ao paciente, mas não causaram (3).

Já a seção E, aborda o número de relatórios de eventos adversos preenchidos pelo respondente no período de um ano. Entendem-se como “Relatórios de Notificação”, fichas de notificações de eventos adversos, que são padrão da Instituição, encaminhadas ao Núcleo de Segurança do Paciente.

### **3.5 Análise de Dados**

Os dados coletados foram organizados e armazenados em planilhas eletrônicas no programa Microsoft Excel<sup>®</sup>. A ferramenta gera resultados com base nos dados inseridos, criando gráficos e tabelas para a apresentação da pesquisa. Para a análise foram utilizadas medidas estatísticas aplicadas a trabalho descritivo, geradas a partir do programa StatPlus<sup>®</sup> 2009. A editoração de texto foi realizada utilizando-se o programa Microsoft Word<sup>®</sup> versão 2010.

Para a análise estatística dos dados utilizou-se a escala de pontos de Likert, a qual atribui escores de 1 a 5 para cada resposta sendo 1 a pior avaliação do item e 5 a melhor avaliação (Discordo fortemente à Concordo fortemente ou Nunca à sempre).

A escala elaborada por Likert (1932) é utilizada para medir aspectos atitudinais e de percepção. Esta escala requer que os entrevistados indiquem seu grau de concordância ou discordância com declarações relativas às atitudes que está sendo medida. Atribui-se valores para refletir a força e a direção da reação do entrevistado à declaração. As declarações de concordância devem receber valores positivos ou altos, enquanto as declarações da qual discordam devem receber valores negativos ou baixos.

### **3.6 Aspectos Éticos e Legais**

O estudo foi submetido à aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos – CEP do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará – ICS/UFPA, sendo aprovado no dia 15 de abril de 2015, sob o parecer nº 1.024.093 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAA) nº 40885414.7.0000.0018.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram deste estudo 31 enfermeiros do Hospital Universitário João de Barros Barreto, sendo que todos preencheram os critérios de inclusão, aceitando, portanto, os termos desta pesquisa.

Os resultados e análise dos dados estão dispostos a seguir, na seguinte ordem: (1) Caracterização dos participantes da pesquisa e; (2) análise da frequência e descrição das medidas estatísticas das respostas assinaladas pelos participantes.

### 4.1 Caracterização dos Participantes da Pesquisa

A tabela abaixo evidencia as características dos participantes. Tais itens procedem da seção A do questionário aplicado.

**Tabela 1** - Caracterização dos participantes da pesquisa. Belém (PA) - 2015

<b>SEÇÃO A: CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES</b>			
		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Idade</b>	De 20 a 25	0	0
	De 26 a 30	1	3,22
	De 31 a 35	5	16,12
	De 36 a 40	6	19,35
	De 41 a 50	12	38,70
	De 51 a 55	6	19,35
	Mais de 56	1	3,22
	<b>TOTAL</b>	31	100%
<b>Sexo</b>	Masculino	4	12,9
	Feminino	27	87,09
	<b>TOTAL</b>	31	100%
<b>Títulos</b>	Graduado	0	0
	Especialista	14	45,16
	Mestrado	15	48,38
	Residência	1	3,22
	Doutorado	1	3,22
	<b>TOTAL</b>	31	100%

Segundo a estimativa do COFEN (2012) há 1.7000.000 profissionais de enfermagem no Brasil, sendo 287.119(19,81%) compostas de enfermeiro e o restante técnicos ou auxiliares de enfermagem. Dentre os profissionais com nível superior concentram-se na região Norte apenas 18,95(20,25%) destes. O HUIBB possui 48 enfermeiros distribuídos nos setores participantes deste estudo nos turnos da manhã e tarde, sendo que 31 participaram da pesquisa, totalizando aproximadamente 64,5% de adesão.

Observamos na **Tabela 1** no item de idade, que a predominância encontra-se na faixa-etária de 41 a 50 anos 12(38,70%). Sendo a idade mínima 29 e a máxima 63 anos, com a média de 44 anos de idade. Os dados vão ao encontro do evidenciado no cenário brasileiro de

acordo com o Conselho Federal de Enfermagem – COFEN (2012), no qual aponta que a grande maioria dos enfermeiros está na faixa etária de 26 a 35 anos, o que corresponde 521,527(35,98%).

Em relação à profissão de enfermagem, desde o princípio, foi e ainda é predominantemente atuada pelo sexo feminino, em 2012 corresponde no Brasil, 1.264.641(87,24%) contra 184.942(12,76%) do sexo masculino. Neste estudo, obtivemos majoritariamente 27(97,09%) do sexo feminino e apenas 4(12,9%) do sexo masculino.

Sobre o grau de escolaridade, tivemos o predomínio de profissionais com o título de mestrado 15(48,38%) e logo em seguida com especialização 14(45,16). Nenhum profissional possuía apenas a formação em enfermagem, isto é, não possuíam nenhum título além da graduação.

Segundo Ferreira (2009), isto pode ser explicado não apenas por que as exigências atuais no mercado de trabalho buscam padrões de excelência, alcançando desta forma melhores resultados organizacionais cada vez mais exigentes, todavia explica-se também pelo fato desses enfermeiros atuarem em um hospital caracterizado como de ensino, ou seja, universitário, onde existe maior incentivo para o almejo de títulos profissionais.

## **4.2 Análise das respostas assinaladas pelos participantes**

Neste item são expostas e discutidas as frequências e a descrição das medidas estatísticas das respostas assinaladas pelos participantes provenientes das seções de B a E do questionário.

### **4.2.1 Seção B: “Ocorrência de Eventos adversos”**

Nesta seção, os participantes expressaram a sua percepção com relação a respostas institucionais diante da ocorrência de eventos adversos.

Esta seção trás aspectos essenciais da cultura de segurança do paciente, uma vez que, a forma como a instituição posiciona-se diante dessas situações podem impactar diretamente na atitude dos trabalhadores, influenciando na notificação dos EAs, na sua interpretação e nas tomadas de decisão para medidas preventivas sejam adotadas visando à melhoria contínua da assistência.

Os resultados desta seção encontram-se apresentados na **tabela 2** e na **tabela 2.1**, dispostas a seguir.

**Tabela 2-** Distribuição das frequências das respostas da Seção B: “Ocorrência de eventos adversos”. Belém (PA)-2015

<b>SEÇÃO B: OCORRÊNCIA DE EVENTOS ADVERSOS</b>		<b>Discordo Fortemente</b>	<b>Discordo</b>	<b>Nenhum dos Dois</b>	<b>Concordo</b>	<b>Concordo Fortemente</b>	<b>TOTAL</b>
(1) Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles	N	2	8	2	13	6	31
	%	6,45	25,8	6,45	41,93	19,35	100%
(2) Erros tem levado à mudanças positivas	N	0	7	0	21	3	31
	%	0	22,58	0	67,74	9,67	100%
(3) Quando ocorre um evento adverso, o profissional que é apontado e não o problema	N	1	12	3	14	1	31
	%	3,22	38,70	9,67	45,16	3,22	100%
(4) Os profissionais tem medo que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais	N	0	7	0	19	5	31
	%	0	22,58	0	61,29	16,12	100%

**Tabela 2.1** – Análise descritiva das respostas da Seção B: “Ocorrência de eventos adversos”. Belém (PA)-2015

<b>SEÇÃO B: Ocorrência de Eventos Adversos.</b>	<b>Intervalo Obtido</b>	<b>Soma</b>	<b>Mediana</b>	<b>Média</b>	<b>Moda</b>	<b>Desvio Padrão</b>
(1) Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles	1-5	106	4	3,419	4	1,258
(2) Erros tem levado à mudanças positivas	2-5	113	4	3,645	4	0,950
(3) Quando ocorre um evento adverso, o profissional que é apontado e não o problema	1-5	95	3	3,064	4	1,062
(4) Os profissionais tem medo que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais	2-5	115	4	3,709	4	1,006

Pontuações atribuídas às respostas: 1- discordo fortemente; 2- discordo; 3 nenhum dos dois; 4- Concordo; 5- Concordo fortemente.

Na **tabela 2** é possível verificar que no primeiro item da seção, no qual os profissionais são questionados se consideram que seus erros podem ser usados contra eles, encontramos que 41,93% concordam e 19,35% concordam fortemente, totalizando 61,29% de respostas positivas, isto é, que os seus erros podem sim ser usados contra estes profissionais. Em contrapartida, os outros 38,71% situam-se em indiferença ao item ou discordância.

Os erros devem ser estudados em todos os seus aspectos e dentro de uma cultura não punitiva, e os notificadores devem receber retorno da informação que gerou. Desse modo, há necessidade de um órgão ou setor independente que possa receber essa informação, protegendo a identidade de quem informou. Com esse enfoque, o registro anônimo é considerado ação fundamental na obtenção de informações de falhas que possibilitarão a implantação de medidas pró-ativas para a diminuição das ocorrências (MASSOCO, 2012; CLARO *et al* 2011).

No segundo item referente se os erros tem levado a mudanças positivas, tem-se como resultado, um expressivo número de respostas positivas, sendo que, 67,74% concordam e 9,67% concordam fortemente. Isto demonstra a preocupação dos enfermeiros frente às mudanças positivas realizadas para evitar os erros.

Nessa perspectiva, evidencia-se a interface positiva do erro, em que autores afirmam que estes podem trazer benefícios para as organizações, estimulando o aprendizado por meio de identificação de causas e implantando mudanças para redução ou prevenção de futuros erros. Entende-se que a questão educativa e de aprendizagem constante é fator fundamental para a melhoria da assistência prestada pelos serviços de saúde (BATALHA, 2012).

Quanto ao apontamento de profissionais e não do problema ao ocorrer um evento adverso, evidencia-se que quase 50% acreditam que o profissional não é preservado diante a ocorrência de um evento adverso. 9,67% são indiferentes e 41,92% percebem que o profissional não é apontado e que o EA que aconteceu é tomado como o ponto mais importante da discussão.

A ênfase na culpabilidade dos indivíduos não apenas distancia o foco central da falência dos sistemas do cuidado à saúde, como também contribui para desencorajar os profissionais a notificarem os erros, uma vez que podem sofrer uma série de consequências (CLARO *et al* 2011).

Em relação aos profissionais temerem ter os seus erros registrado em suas fichas funcionais da instituição, a grande maioria, 77,41% respondeu a esta questão positivamente. Batalha (2012) e Massoco (2012), que realizaram suas pesquisas em diferentes hospitais públicos brasileiros, encontram resultados semelhantes, 76,3% e 67,3% respectivamente.

Esses números ratificam a cultura punitiva, ainda enraizada em muitas instituições de saúde no Brasil, na qual o erro é encarado como algo vergonhoso e que merece punição. Dessa forma, o profissional que erra demonstra medo e muitas vezes não notifica temendo ser punido, ficar mal visto entre os colegas e até mesmo ser demitido da Instituição.

Enfatiza-se que a busca por culpados para punir não tem levado à diminuição de erros, nem contribuído para a elaboração de estratégias preventivas e eficazes. Pelo contrário, essas atitudes tem contribuído para a subnotificação dos erros, o que dificulta a implementação de protocolos que levem a sua prevenção (MASSOCO, 2012).

Os resultados encontrados nesses itens despertam para a necessidade da compreensão que sistemas e serviços de saúde podem falhar e que essas falhas podem propagar-se, atingindo os pacientes. Sendo assim, as Instituições devem rever seus processos, estudar e reforçar suas barreiras de defesas e falhas latentes, que estão presentes nos locais de trabalho e tornam o sistema mais suscetível ao erro. Logo, conforme Batalha (2012) refere, a abordagem sistêmica do erro de Reason (2000) é a mais adequada na área da saúde para a construção de uma cultura sólida de segurança do paciente.

Na **tabela 2.1**, estão descritas as medidas estatísticas das respostas para cada item da seção B. Para a melhor apresentação dos resultados, foi utilizada uma escala de 1 a 5, segundo a qual os escores totais das respostas variam entre “discordo totalmente” (1) e “concordo totalmente” (5). A soma dos escores variou entre 95 e 115. A maioria dos itens apresentou mediana igual a 4, sendo que o terceiro item apresentou mediana igual a 3. A média dos itens variou entre 3,064 e 3,709. Todos os itens da seção B apresentaram moda igual a 4. O desvio padrão oscilou entre 0,950 e 1,258.

#### 4.2.2 Seção C: Comunicação

A Seção C do questionário aborda o *feedback* e a comunicação a respeito dos erros que ocorrem nas unidades. Os resultados desta seção encontram-se dispostos **nas tabelas 3 e 3.1**, a seguir.

**Tabela 3** - Distribuição das frequências das respostas da Seção C: “Comunicação”. Belém (PA)-2015

SEÇÃO C: COMUNICAÇÃO		Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre	TOTAL
(1) Os profissionais tem retorno sobre as mudanças implantadas	N	5	10	6	7	3	31
	%	16,12	32,25	19,35	22,58	9,67	100%

em função de eventos adversos

(2) Os profissionais conversam livremente acerca de algo que afete negativamente o cuidado do paciente	N	1	0	7	11	12	31
	%	3,22	0	22,58	35,48	38,70	100%
(3) Os profissionais são informados sobre os erros que ocorrem nesta unidade	N	0	2	9	9	11	31
	%	0	6,45	29,03	29,03	35,48	100%
(4) Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou as ações de profissionais que tem mais autoridade	N	1	2	7	13	8	31
	%	3,22	6,45	22,58	41,93	25,8	100%
(5) Os profissionais discutem maneiras para prevenir que erros voltem a ocorrer	N	0	4	11	10	6	31
	%	0	12,9	35,48	32,25	19,35	100%

**Tabela 3.1** – Análise descritiva das respostas da Seção C: “Comunicação”. Belém (PA)-2015.

SEÇÃO C: Comunicação	Intervalo Obtido	Soma	Mediana	Média	Moda	Desvio Padrão
(1) Os profissionais tem retorno sobre as mudanças implantadas em função de eventos adversos	1-5	86	3	2,774	2	1,257
(2) Os profissionais conversam livremente acerca de algo que afete negativamente o cuidado do paciente	1-5	126	4	4,064	5	0,963
(3) Os profissionais são informados sobre os erros que ocorrem nesta unidade	2-5	122	4	3,935	5	0,963
(4) Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou as ações de profissionais que tem mais autoridade	1-5	118	4	3,806	4	1,013
(5) Os profissionais discutem maneiras para prevenir que erros voltem a ocorrer	2-5	111	4	3,580	3	0,958

Pontuações atribuídas às respostas: 1- Nunca; 2- Raramente; 3- Às vezes; 4- Quase sempre; 5- Sempre.

O primeiro item da **tabela 3**, sobre a frequência com que os profissionais tem retorno sobre as mudanças implantadas em função de eventos adversos, tiveram 48,38% relatos que nunca ou raramente obtiveram retorno, 19,35%, às vezes, 22,58% quase sempre e apenas 9,67% afirmaram sempre ter retorno às mudanças implementadas. Esses dados demonstram que a troca de informação, no intuito de gerar conhecimento a partir dos erros ocorridos para evitar que os mesmos voltem a ocorrer, ainda apresenta-se incipiente.

Quanto à liberdade de expressão dos enfermeiros em conversar livremente sobre algo que afete negativamente o cuidado do paciente com os demais membros da equipe, 74,19% afirmam discutir sempre ou quase sempre sobre o assunto, sendo que 22,58%, afirmaram conversar às vezes e apenas 3,22% alegou que raramente. O clima de confiança, respeito, cooperação e comunicação aberta e clara entre os membros de uma equipe é essencial para a qualidade da assistência.

Sobre o *feedback* das notificações, isto é, os profissionais serem informados sobre os erros que ocorrem na unidade, 6,45% afirmaram que isso ocorre de forma rara. O mesmo quantitativo, 29,03%, disseram as vezes ou quase sempre são informados e por fim 35,48% sempre são informados sobre os erros que ocorrem nas unidades. Dessa forma, verificou-se uma heterogeneidade nas respostas. Outros estudos que encontraram resultados similares apontam que isto pode ser justificado devido às características inerentes das próprias unidades pesquisadas, tais como a chefia/supervisão.

Em relação ao questionamento de profissionais com mais autoridade, 25,8% afirmaram questionar sempre que necessário, 41,93% quase sempre, 22,58 às vezes, 6,45% raramente e 3,22% nunca. Estes resultados apontam para a relevância das relações de poder, sendo necessária a construção de relações de trabalho cada vez mais respeitadas e lineares, nas quais cada membro da equipe tem o seu papel e colabora para o bom funcionamento do serviço.

No último item, que faz referência à discussão dos participantes de maneiras para prevenir que erros voltem a ocorrer, 87,09% discutem positivamente de modo sempre, quase sempre ou às vezes, tendo uma minoria de 12,9% que aborda raramente sobre o assunto. Salienta-se que a comunicação sobre o erro é primordial para que as intervenções ocorram visando minimizar e corrigir as consequências causadas pelo erro cometido.

Na **tabela 3.1** estão apresentadas a somas, medianas, médias, modas e desvios padrões das respostas para cada item das seções C. Para a melhor apresentação dos resultados, foi utilizada uma escala de 1 a 5, segundo a qual os escores totais das respostas variam entre “nunca” (1) e “sempre” (5). A soma dos escores ficou entre 86 e 126. A maioria dos itens

apresentou mediana 4, exceto o primeiro item, que apresentou mediana igual a 3. A média dos itens variou entre 2,774 e 4,064, já a moda entre 2 e 5. O desvio padrão, por sua vez, variou entre 0,958 e 1,257.

#### 4.2.3 Seção D: Notificação de Eventos Adversos

Esta seção aborda a frequência com que as notificações de eventos adversos, em diversas modalidades, são realizadas. Os resultados estão dispostos nas tabelas a seguir.

**Tabela 4** - Distribuição das frequências das respostas da Seção D: “Notificação de eventos adversos”. Belém (PA)-2015

<b>SEÇÃO D: NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS</b>		<b>Nunca</b>	<b>Raramente</b>	<b>Às vezes</b>	<b>Quase sempre</b>	<b>Sempre</b>	<b>TOTAL</b>
(1) Quando ocorre um erro, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência é notificado	N	5	9	4	5	8	31
	%	16,12	29,03	12,9	16,12	25,8	100%
(2) Quando ocorre um erro que não tem potencial para prejudicar o paciente, com que frequência ele é notificado	N	8	9	2	6	6	31
	%	25,8	29,03	6,45	19,35	19,35	100%
(3) Quando ocorre um erro que poderia prejudicar o paciente mas o paciente não é afetado, com que frequência é afetado	N	5	9	2	7	8	31
	%	16,12	29,03	6,45	22,58	25,8	100%

**Tabela 4.1** – Análise descritiva das respostas da Seção D: “Notificação de eventos adversos”. Belém (PA)-2015.

<b>SEÇÃO D: Notificação de Eventos Adversos</b>	<b>Intervalo Obtido</b>	<b>Soma</b>	<b>Mediana</b>	<b>Média</b>	<b>Moda</b>	<b>Desvio Padrão</b>
(1) Quando ocorre um erro, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência é notificado	1-5	95	3	3,064	2	1,481

(2) Quando ocorre um erro que não tem potencial para prejudicar o paciente, com que frequência ele é notificado	1-5	86	2	2,774	2	1,521
(3) Quando ocorre um erro que poderia prejudicar o paciente mas o paciente não é afetado, com que frequência é afetado	1-5	97	3	3,129	2	1,499

Pontuações atribuídas às respostas: 1- Nunca; 2- Raramente; 3- Às vezes; 4- Quase sempre; 5- Sempre.

Quando ocorre um erro, mas ele é percebido antes de afetar o paciente, 16,12% afirmam que o erro nunca é notificado, 29,03% raramente, 12,9% às vezes, 16,12% quase sempre e 25,8% sempre. Se o erro não tem potencial para prejudicar o paciente, 25,8% afirmam que esse erro nunca é notificado, 29,03% raramente, 6,45% às vezes e igualmente 19,35% quase sempre e sempre. E caso o erro possa prejudicar o paciente, 25,8% responderam que sempre o erro é notificado, 22,58% quase sempre, 6,45% às vezes, 29,03% raramente e 16,12% revelam que essa modalidade de erro nunca é notificado.

Diante dos resultados encontrados, observa-se que a notificação não segue um padrão no contexto hospitalar estudado e que a categoria do erro não influencia diretamente na sua notificação. Vale enfatizar a importância da notificação, pois, as contribuições fornecidas pelos relatos facilitam a detecção de fatores de risco, possibilitando a elaboração de estratégias de melhorias.

Na **tabela 4.1**, estão expostas a soma, mediana, média, modas e desvio padrão das respostas para cada item das seções D. A soma dos escores variou entre 86 e 97. A maioria dos itens apresentou mediana igual a 3, porém, no segundo item a mediana foi igual a 2. A média dos itens variou entre 2,774 e 3,129. Todos os itens apresentaram moda igual a 2. O desvio padrão ficou entre 1,481 e 1,521.

#### 4.2.4 Seção E: “Número de eventos reportados”

A **tabela 5** demonstra a distribuição da frequência das respostas da seção E do questionário que aborda quantos relatórios, ou notificações, de eventos adversos o enfermeiro preencheu nos últimos 12 meses.

**Tabela 5-** Distribuição das frequências das respostas da Seção E: “Número de eventos reportados nos últimos 12 meses”. Belém (PA)-2015

<b>SEÇÃO E: NÚMERO DE NOTIFICAÇÕES</b>		<b>(TOTAL)</b>
Nenhuma notificação	N	20
	%	64,51
De 1 a 5 notificações	N	10
	%	32,25
Mais de 5 notificações	N	1
	%	3,22
TOTAL	N	31
	%	100

A maioria dos enfermeiros participantes desta pesquisa (64,51%) não preencheu nenhum relatório de notificação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde nos últimos 12 meses. Entre os que preencheram de 1 a 5 relatórios estão 32,25% dos participantes. E apenas 3,22%, isto é, 1 enfermeiro, afirmou ter notificado mais de 5 eventos no último ano.

Na sua pesquisa Batalha (2012) evidenciou que 73,5% dos enfermeiros referiram que não notificaram nenhum EA nos últimos 12 meses. Massoco (2012) também encontrou resultados similares, no qual 76,8% da equipe de enfermagem da sua pesquisa responderam não notificar nenhum EA no último ano.

Esses achados demonstram que apesar da necessidade da notificação de EAs, essa prática ainda não está culturalmente consolidada nas instituições de saúde, o que se configura como um desafio para a melhoria da segurança do paciente.

Diversos autores afirmam que entre os fatores que contribuem para a subnotificação está o medo da punição, o que neste estudo pode ser constatado nas respostas do item 4 da seção B, em que 77,41% dos entrevistados concordam ou concordam fortemente que os profissionais tem medo que os seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais. Estes dados, portanto, estão em concordância com os achados da seção E, em que a maioria dos enfermeiros afirma não ter notificado nenhuma vez nos últimos 12 meses.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do exposto pode-se concluir que a temática da segurança do paciente merece destaque, uma vez que a ocorrência de erros na prestação dos cuidados de enfermagem pode acarretar sérios problemas aos pacientes. Desta forma, faz-se necessário que os profissionais se aprimorem na assistência segura aos pacientes através de cursos de atualização e capacitação, dentro da proposta da educação continuada. Portanto, é essencial a ação conjunta de profissionais e gestores para promover a segurança do paciente durante o período que este estiver sob cuidados em instituições de saúde, tão quanto à prática de notificação dos casos.

A qualidade do cuidado de enfermagem reflete a qualidade e a segurança da assistência ao paciente. Usar os dados de notificação podem reduzir riscos ao paciente, ajudar abreviar o tempo de internações hospitalares, diminuir a incidência de incapacitações temporárias ou permanentes, e até mesmo prevenir mortes desnecessárias.

Sobre a identificação do erro, não deve haver qualquer caráter punitivo e possui dois grandes objetivos que são: promover a cultura de investigação em serviços de saúde e de melhoria contínua de seus processos por meio dos dados coletados; e realizar a captação de informação sobre eventos adversos para tomada de decisão regulatória e do próprio serviço.

Este instrumento permite que haja um planejamento e o seguimento do plano ou programa de promoção da prevenção desses eventos, além de contribuir com o delineamento de ações futuras que visem à melhoria e sustentação das práticas de higienização das mãos para evitar infecções; na comunicação entre os profissionais; na identificação com paciente; na segurança ao prescrever e administrar um medicamento; assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos; reduzir o risco de quedas e ulcera por pressão.

Sendo as notificações voluntárias sobre incidentes em saúde imprescindíveis para uma cultura organizacional de segurança do paciente, estas devem ter qualidade para que possam ser fontes de informações no ambiente hospitalar. Portanto, é essencial a ação conjunta de profissionais e gestores hospitalares para promover a segurança do paciente durante o período que este estiver sob os cuidados em instituições de saúde.

O conhecimento adquirido com esta pesquisa reforça a necessidade de se desenvolver programas educacionais que elucidem o que são os eventos adversos, além de fortalecer as barreiras de defesas existentes no sistema. Deve-se discutir os cenários para entender as causas do problema a fim de propor melhorias, assim como a importância do ato de notificar tanto para o hospital como para os pacientes. Por fim, destacamos que a notificação não deve ter caráter punitivo e que o enfermeiro enquanto gerenciador da equipe de enfermagem desempenha um papel fundamental no processo de consolidação da segurança do paciente.

## REFERENCIAS

- ANDOLHE, R. **Segurança do Paciente em Unidades de Terapia Intensiva: Estresse, Coping e Burnout da equipe enfermagem e ocorrência de eventos adversos e incidentes** [tese]. São Paulo – SP: Escola de Enfermagem da USP, 2013.
- BATALHA, E. M. S. S. **A cultura de segurança do paciente na percepção de profissionais de enfermagem de um Hospital de Ensino** [dissertação]. São Paulo – SP: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2012.
- BECCARIA, L. M.; et al. Eventos Adversos na assistência de enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**. 2009; v. 21, n.3, p. 276-282
- BOHOMOL, E.; RAMOS, L. H. Erro de medicação: importância da notificação no gerenciamento da segurança do paciente. *Revista Brasileira de Enfermagem*, vol. 60, núm. 1, p. 32-36. Associação Brasileira de Enfermagem Brasília, 2007.
- BERLIN, C.M.; et al. Prevention of medication errors in the pediatric inpatient setting. **Pediatrics**. 1998; v.102, p. 428-30.
- BRASIL. a. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa – **RDC nº. 36**, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, 26 jul 2013.
- \_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Orientações gerais para a notificação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde**. Brasília, 12 de jan de 2015.
- \_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde**. Boletim Informativo. v.1.n.1. Brasília.Jan-jul de 2011.
- \_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466/12**, 12 de dezembro de 2012. Trata de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em < <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> > Acesso em: 4 de nov de 2014.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente** / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.
- \_\_\_\_\_. b. Ministério da Saúde. **Portaria n. 529**, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), 2013. Disponível em: < [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html) > Acesso em: 20 de jan de 2015.
- \_\_\_\_\_. c. MS/ANVISA/FIOCRUZ. **Protocolo para a prática de higienize das mãos em serviços de saúde**. 2013. Disponível em: < [http://www.hospitalsantalucinda.com.br/downloads/prot\\_higiene\\_das\\_maos.pdf](http://www.hospitalsantalucinda.com.br/downloads/prot_higiene_das_maos.pdf) > Acesso em: 11 de jan de 2015.
- \_\_\_\_\_. d. MS/ANVISA/FIOCRUZ. **Protocolo de Identificação do Paciente**. 2013. Disponível em: <

[http://www.hospitalsantalucinda.com.br/downloads/prot\\_identificacao\\_do\\_paciente.pdf](http://www.hospitalsantalucinda.com.br/downloads/prot_identificacao_do_paciente.pdf) > Acesso em: 11 de jan de 2015.

\_\_\_\_\_. e. MS/ANVISA/FIOCRUZ. **Protocolo para Prevenção de Úlcera por Pressão.** 2013. Disponível em: <

[http://www.hospitalsantalucinda.com.br/downloads/prot\\_prevencao\\_ulcera\\_por\\_pressao.pdf](http://www.hospitalsantalucinda.com.br/downloads/prot_prevencao_ulcera_por_pressao.pdf) > Acesso em: 11 de jan de 2015.

\_\_\_\_\_. f. MS/ANVISA/FIOCRUZ. **Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso, e Administração de Medicamentos.** 2013. Disponível em: <

[http://www.hospitalsantalucinda.com.br/downloads/prot\\_medicamentos.pdf](http://www.hospitalsantalucinda.com.br/downloads/prot_medicamentos.pdf) > Acesso em: 11 de jan de 2015.

\_\_\_\_\_. g. MS/ANVISA/FIOCRUZ. **Protocolo para cirurgia segura.** 2013. Disponível em: < <http://pa.corens.portalcofen.gov.br/wp-content/uploads/2014/05/PROTOCOLO-CIRURGIA-SEGURA.pdf> > Acesso em: 11 de jan de 2015.

\_\_\_\_\_. h. MS/ANVISA/FIOCRUZ. **Protocolo de Prevenção de Quedas.** 2013. Disponível em: < [http://www.saude.mt.gov.br/upload/controle-infeccoes/pasta12/protocolos\\_cp\\_n6\\_2013\\_prevencao.pdf](http://www.saude.mt.gov.br/upload/controle-infeccoes/pasta12/protocolos_cp_n6_2013_prevencao.pdf) > Acesso em: 11 de jan de 2015. h.

BEZERRA, A. L. Q. et al. **Análise de Queixas Técnicas e Eventos Adversos Notificados em um Hospital Sentinela.** Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 467-472, Out-Dez, 2009. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-550090>> Acesso em: 02/07/2014.

CAPUCHO, H. C.; ARNAS, E. R.; e CASSIANI, S. H. De B. Segurança do paciente: comparação entre notificações voluntárias manuscritas e informatizadas sobre incidentes em saúde. *Rev. Gaúcha Enferm.* [online]. 2013, vol.34, n.1, pp. 164-172.

CARNEIRO, F. S.; BEZERRA, A. L. Q.; SILVA, A. E. B. C.; SOUZA, L. P. de; PARANAGUA, T. T. de B.; BRANQUINHO, N. C. da S. S.; **Eventos Adversos na Clínica Cirúrgica de um Hospital Universitário: Instrumento de Avaliação da Qualidade.** *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2011 abr/jun; 19(2):204-11.

CERVO, Amado Luiz; BERVIAN, Pedro Alcino. **Metodologia científica.** 5. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

CLARO, Carla Matilde; KROCKOZ, Daniella Vianna Correa; TOFFOLLETO, Maria Cecília; PADILHA, Kátia Grillo. Eventos adversos em Unidade de Terapia Intensiva: percepção dos enfermeiros sobre a cultura não punitiva. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2011, vol.45, n.1, pp. 167-172.

CLINCO, S. D. de O.; **O hospital é seguro? Percepções de profissionais da saúde sobre segurança do paciente** [dissertação]. São Paulo – SP: Fundação Geúlio Vargas, 2007.

Conselho federal de enfermagem (COFEN). **Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil.** COFEN/ENSP/FIOCRUZ, 2012.

DONABEDIAN, A. The Quality of Medical Care. *Science.* 1978. n.200.p.856-864.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. *Archives of Pathology and Laboratory Medicine*, Northfield, v. 114, p. 115-1118, nov., 1990.

FERREIRA, Juliana Caires de Oliveira Achili and KURCGANT, Paulina. **Capacitação profissional do enfermeiro de um complexo hospitalar de ensino na visão de seus gestores**. *Acta paul. enferm.* [online]. 2009, vol.22, n.1, pp. 31-36.

GALLOTTI, R. M. D. **Eventos adversos e óbitos hospitalares em serviço de emergências clínicas de um hospital universitário terciário um olhar para a qualidade da atenção** [tese]. São Paulo Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2003

\_\_\_\_\_. **Eventos Adversos: O quê são?** *Rev. Assoc. Med Bras.* 2004; v. 50, n. 2, p.109-126.

**Hospital Universitário João de Barros Barreto**. Assessoria de Comunicação Institucional da UFPA (ASCOM). Belém, 2013. Disponível em: < <http://www.barrosbarreto.ufpa.br> > Acesso em: 18 de jun de 2014.

KOHN, L. et al. **To erris human: building a safer health system**. Wasnington. National Academy. Press. 2000.

LEAPE, LL. Reporting of adverse events. *N Engl J Med.* 2002; 347.20.

MACHADO, M. M. M.; AZEVEDO, R.M. de. **Análise da Cultura de Segurança do Paciente no Hospital Universitário João de Barros Barreto – Um Instrumento de avaliação da qualidade** [monografia]. Belém-PA: Universidade Federal do Pará, 2015.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica** - 5. ed. - São Paulo : Atlas 2003, 310p.

MASSOCO, E. C. P. **Percepção da Equipe de Enfermagem em um Hospital de Ensino Acerca da Segurança do Paciente** [dissertação]. São Paulo – SP. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2012.

MEDES, W; et al. Revisão dos estudos de avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospitais. *Rev Bras Epidemiol.* 2005; v.8, n.4, p.393-406.

MELO, R. L; PEDREIRA, M. L. G. Erros de medicações em pediatria: análise da documentação de enfermagem no prontuário do paciente. *Rev. Bras. De Enf.* 2005; v.58, n.2, p. 180-185.

OLIVEIRA, R. J. de; XAVIER, R. M. F.; SANTOS, A. de F.; **Eventos adversos notificados ao Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária (NOTIVISA): Brasil, estudo descritivo no período 2006 a 2011.** *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 22(4):671-678, out-dez 2013.

OLIVEIRA, Sílvio Luiz de. **Tratado de metodologia científica: projetos de pesquisa, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses**. 3. ed. São Paulo: Pioneira, 2002.

PAIVA, C. M. S.; PAIVA, S. A. R.; BERTI, H. W. Eventos Adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem. **Rev. Esc. De Enferm. USP**. 2010; v. 44, n. 2, p. 287-294.

PEDREIRA, M. L. G. Práticas de Enfermagem Baseadas em Evidências para promover a segurança do paciente. **Acta Paul Enferm**. São Paulo, 2009; 22 (Especial): 880-1.

REASON, J. Human error: models and management. **BMJ**, 320, p. 768-770, 2000.

RIGHI, A.W.; SCHMIDT, A.S.; VENTURINI, J.C. Qualidade em serviços públicos de saúde: uma avaliação da estratégia saúde da família. **Revista Produção Online**, v.10, n.3, p. 649-669, set., 2010.

ROSA, M. B.; PERINI, E. Erros de Medicacões: Quem foi? **Rev. Associação Médica Brasileira**. 2003; v. 49, n.3, p. 335-341.

ROQUE, K. E.; MELO, E. C. P. Tempo de internação e a ocorrência de eventos adversos a medicamentos: uma questão da enfermagem. **Esc. Anna Nery**. 2011; v.15, n.3, p.595-601.

SILVA, T.; WEGNER, W.; PEDRO, E. N. R.; Segurança da criança hospitalizada na UTI: compreendendo os eventos adversos sob a ótica do acompanhante. **Rev. Eletrônica de Enfermagem**. 2012; v. 14, n.2, p. 337-344.

SOUSA, P.; MENDES, W.. **Segurança do Paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde**. Rio de Janeiro, EAD/ENSP, 2014. 452p.

**THE Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety**. Final Technical Report and Technical Annexes. Organização Mundial da Saúde (OMS), 2009; v. 1.1. Disponível em: < <http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/en> > Acesso em: 23 de jun de 2014.

## APÊNDICE A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O presente termo em atendimento à resolução 466/12, destina-se a esclarecer aspectos da pesquisa intitulada “Eventos adversos relacionados à assistência à saúde: Estudo com enfermeiros em um Hospital Universitário” sob a responsabilidade das pesquisadoras Amanda Cantanhede Bezerra de Campos Almeida e Bruna Roberta Paixão dos Santos.

### 1) Registro dos Esclarecimentos das Pesquisadoras aos Participantes da Pesquisa:

Convidamos o/a sr(a). a participar da pesquisa “Eventos adversos relacionados à assistência à saúde: Estudo com enfermeiros em um Hospital Universitário”, que tem como objetivos realizar um estudo sobre eventos adversos associados à assistência à saúde em um Hospital Universitário; identificar a percepção dos enfermeiros com relação a respostas institucionais aos erros e eventos adversos; verificar se ocorre Feedback e comunicação entre os profissionais acerca dos eventos adversos notificados e; verificar a frequência com que eventos adversos são notificados pelos enfermeiros.

Para tanto, será aplicado um questionário parcial e adaptado da *Agency for Health Research and Quality (AHRQ)*, intitulado *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, traduzido para o português e validado por Clinco (2007) e adaptado por Batalha (2012). O conteúdo do questionário é sigiloso, anônimo e confidencial, sendo utilizado para a realização do estudo, podendo os resultados ser apresentados em eventos e publicados em revistas científicas.

A sua participação nesta pesquisa é voluntária, caso não aceite participar ou desista não sofrerá prejuízo de nenhuma forma. Este termo de consentimento será preenchido em duas vias, ficando uma com as pesquisadoras e outra com o voluntário da pesquisa. Caso aceite participar solicitamos a sua assinatura no item dois deste documento.

Desde já agradecemos a sua atenção e nos colocamos à disposição para qualquer esclarecimento sobre a pesquisa. Nossos telefones para contato são: (91) 98183-3595 e (91) 98363-2348; e nossos emails: amandacantanhede@hotmail.com e bruna\_paixao91@hotmail.com.

**Amanda Cantanhede Bezerra de Campos Almeida e  
Bruna Roberta Paixão dos Santos**

### 2) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Declaro estar de acordo em participar do estudo intitulado “Eventos adversos relacionados à assistência à saúde: Estudo com enfermeiros em um Hospital Universitário”. Declaro ainda que ficaram claros para mim, quais são os propósitos e os procedimentos a serem realizados e as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante a execução do mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

\_\_/\_\_/2015

\_\_\_\_\_  
Participante

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante para a realização do estudo.

\_\_/\_\_/2015

\_\_\_\_\_  
Pesquisador

**APÊNDICE B – Instrumento de Coleta de dados – traduzido e adaptado**

**INTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**

**INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO**

Esta pesquisa quer saber sua opinião sobre a **notificação de eventos adversos**.

**Evento adverso** é definido como qualquer tipo de erro, incidente ou acidente independente de ter tido ou não como resultado dano ao paciente.

**Seção A: Dados Sociodemográficos**

1) Idade \_\_\_\_\_ 2) Sexo: ( ) a) Masculino ( ) b) Feminino

3) Qual sua área primária ou unidade principal de trabalho neste hospital?

- ( ) a) Clínica Médica ( ) b) Clínica Cirúrgica ( ) c) Pneumologia  
 ( ) d) Centro Cirúrgico ( ) e) Infectologia ( ) f) Pediatria  
 ( ) g) CTI ( ) h) UDM ( ) i) UNACON

4) Títulos

- ( ) a) Graduado ( ) b) Especialista ( ) c) Mestrado  
 ( ) d) Residência ( ) e) Doutorado

**Seção B – Ocorrência de Eventos Adversos**

Por favor, marque com o X o item que melhor represente a sua opinião a respeito das seguintes situações:

1) Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles

Discordo Fortemente ( )	Discordo ( )	Nenhum dos dois ( )	Concordo ( )	Concordo Fortemente ( )
-------------------------------	-----------------	---------------------------	-----------------	-------------------------------

2) Erros tem levado à mudanças positivas

Discordo Fortemente ( )	Discordo ( )	Nenhum dos dois ( )	Concordo ( )	Concordo Fortemente ( )
-------------------------------	-----------------	---------------------------	-----------------	-------------------------------

3) Quando ocorre um evento adverso, o profissional que é apontado e não o problema

Discordo Fortemente ( )	Discordo ( )	Nenhum dos dois ( )	Concordo ( )	Concordo Fortemente ( )
-------------------------------	-----------------	---------------------------	-----------------	-------------------------------

4) Os profissionais tem medo que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais

Discordo Fortemente ( )	Discordo ( )	Nenhum dos dois ( )	Concordo ( )	Concordo Fortemente ( )
-------------------------------	-----------------	---------------------------	-----------------	-------------------------------

### Seção C – Comunicação

Por favor, marque com um X o item que represente a frequência que as seguintes situações ocorrem na sua unidade/setor:

1) Os profissionais tem retorno sobre as mudanças implantadas em função de eventos adversos

Nunca ( )	Raramente ( )	Às vezes ( )	Quase Sempre ( )	Sempre ( )
--------------	------------------	-----------------	---------------------	---------------

2) Os profissionais conversam livremente acerca de algo que afete negativamente o cuidado do paciente

Nunca ( )	Raramente ( )	Às vezes ( )	Quase Sempre ( )	Sempre ( )
--------------	------------------	-----------------	---------------------	---------------

3) Os profissionais são informados sobre os erros que ocorrem nesta unidade

Nunca ( )	Raramente ( )	Às vezes ( )	Quase Sempre ( )	Sempre ( )
--------------	------------------	-----------------	---------------------	---------------

4) Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou as ações de profissionais que tem mais autoridade

Nunca ( )	Raramente ( )	Às vezes ( )	Quase Sempre ( )	Sempre ( )
--------------	------------------	-----------------	---------------------	---------------

5) Os profissionais discutem maneiras para prevenir que erros voltem a ocorrer

Nunca ( )	Raramente ( )	Às vezes ( )	Quase Sempre ( )	Sempre ( )
--------------	------------------	-----------------	---------------------	---------------

#### Seção D – Notificação de eventos adversos

Por favor, marque com X com que frequência os erros ocorrem e são notificados na sua unidade/setor.

1) Quando ocorre um erro, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência é notificado?

Nunca ( )	Raramente ( )	Às vezes ( )	Quase Sempre ( )	Sempre ( )
--------------	------------------	-----------------	---------------------	---------------

2) Quando ocorre um erro que não tem potencial para prejudicar o paciente, com que frequência ele é notificado?

Nunca ( )	Raramente ( )	Às vezes ( )	Quase Sempre ( )	Sempre ( )
--------------	------------------	-----------------	---------------------	---------------

3) Quando ocorre um erro que poderia prejudicar o paciente mas o paciente não é afetado, com que frequência é notificado?

Nunca ( )	Raramente ( )	Às vezes ( )	Quase Sempre ( )	Sempre ( )
--------------	------------------	-----------------	---------------------	---------------

#### Seção E – Número de Eventos Reportados

Por favor, marque com um X, quantos relatórios de eventos adversos você preencheu, relatou e entregou nos últimos 12 meses.

- a) Nenhum relatório ( )
- b) De 1 a 5 relatórios ( )
- c) De 6 a 10 relatórios ( )
- d) Mais de 10 relatórios ( )

**OBRIGADA POR RESPONDER ESTE QUESTIONÁRIO E PARTICIPAR DESTA PESQUISA.**

## ANEXO A - PARECER DO CEP

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PARÁ - ICS/



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Notificação de Eventos Adversos: Estudo com Enfermeiros em um Hospital Universitário

**Pesquisador:** Maria Amélia Fadul Bitar

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 40885414.7.0000.0018

**Instituição Proponente:** Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará - ICS/ UFPA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.024.093

**Data da Relatoria:** 31/03/2015

**Apresentação do Projeto:**

As instituições de saúde possuem como princípio básico o fornecimento de bens e serviços com o mínimo ou a ausência total de riscos e falhas no atendimento à sua clientela. Entretanto, existem situações que predisõem ao risco de eventos adversos. Segundo o Ministério da Saúde (2013), Evento Adverso é um incidente que resulta em dano ao paciente. A qualidade na assistência e a segurança do paciente devem ser metas a serem atingidas pelos profissionais e instituições de saúde. E a partir do instrumento de notificações autênticas é possível este progresso. A ocorrência de um dano em consequência de um evento adverso pode agravar o quadro clínico do paciente, aumentar os custos para as instituições e sociedade, ou conduzir ao óbito. Quando há uma subnotificação dos eventos adversos, ocorre como consequência uma provável displicência no processo causando custos diretos e indiretos para o sistema. A relevância deste estudo está em apontar resultados que levem os enfermeiros à compreensão de que a aceitação da existência e notificação de eventos adversos facilitam a investigação da qualidade da assistência de enfermagem, pois falhas acontecem e são importantes para a avaliação dos serviços de saúde. Será realizado um estudo descritivo, transversal e de cunho quantitativo. A coleta de dados deverá ser realizada entre os

**Endereço:** Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.  
**Bairro:** Campus Universitário do Guamá **CEP:** 66.075-110  
**UF:** PA **Município:** BELEM  
**Telefone:** (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PARÁ - ICS/



Continuação do Parecer: 1.024.093

meses de fevereiro e março de 2015, por meio da aplicação parcial e adaptada do questionário da Agency for Health Research and Quality (AHRQ), intitulado Hospital Survey on Patient Safety Culture, traduzido para o português e validado por Clinco (2007) e adaptado por Batalha (2012). Os dados coletados serão organizados e armazenados em planilhas do Microsoft Excel® para posterior análise estatística e serão apresentados em forma de gráfico e tabelas. O projeto deverá ser submetido à aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos – CEP do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará – ICS/UFGPA. Será aplicado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos sujeitos do estudo para obtenção da sua permissão como participantes da pesquisa.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Realizar um estudo com um grupo de enfermeiros sobre a notificação de eventos adversos.

**Objetivo Secundário:**

Verificar a frequência com que eventos adversos são notificados. Identificar os fatores intervenientes que influenciam na subnotificação de eventos adversos

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

O risco da pesquisa está relacionado à possível quebra de anonimato. Entretanto, todas as medidas cabíveis serão tomadas para evitar que isto ocorra, garantindo o sigilo e respeito à privacidade dos participantes, bem como liberdade para declinar de sua participação no momento que desejar.

**Benefícios:**

A compreensão de que a notificação deve ser um instrumento indicativo de deficiências prioritárias, levando a um planejamento responsável e a execução oportuna de transformações necessárias; evitando, dessa forma, custos diretos e indiretos para o sistema. Os custos diretos são decorrentes de execução de exames adicionais; aumento significativo da permanência hospitalar; uso de medicamentos suplementares; necessidade de realização de procedimentos médicos; e ainda, a transferência para unidades de terapia semi-intensiva/intensiva. Já os custos indiretos estão associados à perda da produtividade e ao sofrimento físico e psicológico do paciente e familiares.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-Sí do ICS 13 - 2º and.  
Bairro: Campus Universitário do Guamá CEP: 66.075-110  
UF: PA Município: BELEM  
Telefone: (91)3201-7735 Fax: (91)3201-8028 E-mail: cepeccs@ufpa.br

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PARÁ - ICS/



Continuação do Parecer: 1.024.093

O protocolo apresentado dispõe de metodologia e critérios definidos conforme resolução 466/12 do CNS/MS

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos apresentados contemplam os sugeridos pelo Sistema CEP/CONEP.

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Diante do exposto somos pela aprovação do protocolo. Este é nosso parecer, SMJ.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

BELEM, 15 de Abril de 2015

---

Assinado por:  
Wallace Raimundo Araujo dos Santos  
(Coordenador)

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.  
Bairro: Campus Universitário do Guamã CEP: 66 075-110  
UF: PA Município: BELEM  
Telefone: (91)3201-7735 Fax: (91)3201-8028 E-mail: cepccs@ufpa.br