

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

ISADORA ALVES MOREIRA

NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS: O SABER E O FAZER DE
ENFERMEIROS

GOIÂNIA

2018

**TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR
VERSÕES ELETRÔNICAS DE TESES E DISSERTAÇÕES
NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG**

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: Dissertação Tese

2. Identificação da Tese ou Dissertação:

Nome completo do autor: Isadora Alves Moreira

Título do trabalho: Notificação de eventos adversos: o saber e o fazer de enfermeiros.

3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento SIM NÃO¹

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF da tese ou dissertação.

Isadora Alves Moreira
Assinatura do(a) autor(a)²

Ciente e de acordo:

Ana Lúcia Queiroz Lima
Assinatura do(a) orientador(a)

Data: 23 / 07 / 2018

¹ Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Os dados do documento não serão disponibilizados durante o período de embargo.

Casos de embargo:

- Solicitação de registro de patente;
- Submissão de artigo em revista científica;
- Publicação como capítulo de livro;
- Publicação da dissertação/tese em livro.

² A assinatura deve ser escaneada.

ISADORA ALVES MOREIRA

**NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS: O SABER E O FAZER DE
ENFERMEIROS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Pró-reitora de Pesquisa e Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública da Universidade Federal de Goiás para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde

Linhas de Pesquisa: Processos Gerenciais nos Serviços de Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Lúcia Queiroz Bezerra

**GOIÂNIA
2018**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

Alves Moreira, Isadora

Notificação de eventos adversos: o saber e o fazer de enfermeiros [manuscrito] / Isadora Alves Moreira. - 2018.
107 f.: il.

Orientador: Profa. Dra. Ana Lúcia Queiroz Bezerra.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (IPTSP), Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva (Profissional), Goiânia, 2018.
Bibliografia. Anexos. Apêndice.

Inclui siglas, abreviaturas, tabelas, lista de figuras, lista de tabelas.

1. Segurança do Paciente. 2. Avaliação da Qualidade Assistencial.
3. Gerenciamento de Riscos. 4. Equipe de Enfermagem. I. Queiroz Bezerra, Ana Lúcia, orient. II. Título.

CDU 614

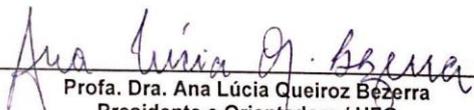


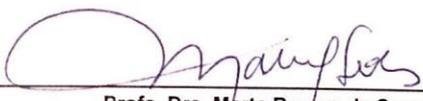
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA

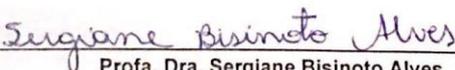


**ATA DE DEFESA PÚBLICA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE
COLETIVA**

Aos 09 dias do mês de julho de 2018, às 08h30, no Mini Auditório da Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem/UFG/ – Goiânia - Go, reuniu-se a Banca Examinadora constituída pelos professores: Dra. Ana Lúcia Queiroz Bezerra (Presidente da Banca e Orientadora), Dra. Marta Rovey de Souza (Membro Interno) e Dra. Sergiane Bisinoto Alves (Membro Externo). Em sessão pública, procederam à avaliação da defesa de dissertação intitulada: "**Notificação de Eventos Adversos: O Saber e o Fazer de Enfermeiros**", em nível de **Mestrado**, área de concentração **Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde**, de autoria de **Isadora Alves Moreira**. A sessão foi aberta pela orientadora Profa. Dra. Ana Lúcia Queiroz Bezerra, que fez a apresentação formal dos Membros da Banca e orientou a candidata sobre utilizar o tempo de 30 minutos para sua exposição com 20 minutos para arguição dos componentes da banca e 20 minutos para resposta da mestranda. Terminada a exposição da mestranda e a fase de arguição, a banca se reuniu em ambiente privado para proceder à avaliação da defesa. Em face do resultado obtido, cumprindo todos os requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, pela Universidade Federal de Goiás a Banca Examinadora considerou a candidata Aprovada (Aprovada ou Reprovada). Cumprindo as formalidades de pauta, às 11:30 horas a presidência encerrou esta sessão de Defesa Pública de Dissertação do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva. Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que, após lida e aprovada segue assinada pelos membros da Banca Examinadora.


Profa. Dra. Ana Lúcia Queiroz Bezerra
Presidente e Orientadora / UFG


Profa. Dra. Marta Rovey de Souza
Membro Interno


Profa. Dra. Sergiane Bisinoto Alves
Membro Externo

Mestrado Profissional em Saúde Coletiva

Rua 235 - s/n - Setor Universitário- IPSTP - Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública - CEP 74605-010
Goiânia - GO (62)3209-6479 Web: www.pos-saudecoletiva.prg.ufg.br Email: mestradoprofessionalsc.ufg@gmail.com

Dedico esta dissertação à minha família, em especial aos meus pais, que são a base da minha vida.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus por sempre abençoar e iluminar minhas decisões e sonhos.

Aos meus pais, por serem meu exemplo de amor, humildade e dedicação aos filhos. Por sempre torcerem pelo meu sucesso e me ensinarem a nunca desistir dos meus sonhos. Amo vocês muito!

Aos meus irmãos, meus companheiros de vida, e as minhas cunhadas, por todo amor, carinho e cumplicidade. Também amo vocês!

Aos meus sobrinhos e afilhados, por me mostrarem um amor incondicional e o prazer que é ser tia.

Ao meu noivo, Gilvan Augusto, por sempre torcer por mim, pelo companheirismo, dedicação e paciência comigo nessa etapa. Obrigada por tudo, meu amor!

A toda minha família, que está sempre pronta para me ajudar e que comemora comigo cada vitória.

Às minhas amigas de Faculdade de Enfermagem da UFG: Dayane, Elaine, Juliana, em especial a Judite e Andrea, às minhas amigas do cursinho: Greice, Jordana e Maysa, ao meu amigo Neto e todos os que estão sempre presentes na minha vida, deixo um agradecimento especial a cada um, por entenderem minha ausência em muitos momentos e por me apoiarem nessa fase tão singular.

Ao meu octeto: Aline, Biankarla, Cláudio, Luciano, Patrícia, Renata e Queren (minha companheira científica) por toda a ajuda e pelos momentos de alegria e incentivo nesses dois anos. Vocês representam um ganho a mais do mestrado e quero que continuem sempre em minha vida.

Aos colegas da turma seis do Mestrado Profissional, muito obrigada pelos momentos que aprendemos juntos.

Aos professores do mestrado que tanto contribuíram com meu conhecimento e me direcionaram na vida acadêmica.

A minha orientadora Ana Lúcia Queiroz Bezerra, pela sabedoria e paciência em me ensinar e me acolher. Obrigada por todos os conselhos e aprendizados nesses anos!

As Profas. Dra. Marta Rovero, Ana Luiza Neto e Sergiane Bisinoto pelas contribuições e apoio nesse estudo. A vocês, meu carinho e respeito. Obrigada!

A minha equipe da Clínica Médica, muito obrigada por compreender minhas ausências, meus momentos de cansaço e por me incentivarem a vencer mais esse desafio!

A equipe do Núcleo de Segurança do Paciente, por todo apoio na coleta e disponibilização dos dados. Vocês foram essenciais!

A todos que contribuíram com minha conquista. Muito obrigada!

*“Iluminar a inteligência com conhecimento é uma das
mais elevadas e dignas aspirações do homem.”*

Zíbia Gasparetto

MOREIRA, I.A. **Notificação de eventos adversos: o saber e o fazer de enfermeiros** [Dissertação] Goiânia (GO): Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública da Universidade Federal de Goiás, Goiânia; 2018.

RESUMO

Introdução: A segurança do paciente tem sido tema de discussão nas instituições de saúde e a notificação dos eventos adversos um dos principais indicadores utilizados para avaliar a qualidade da assistência prestada. O enfermeiro, supervisor da equipe de enfermagem, tem papel de destaque na gestão de riscos e por meio da notificação sistemática desses eventos deve implementar estratégias preventivas para melhorias da qualidade da assistência e segurança do paciente. **Objetivo:** Analisar o conhecimento e a atuação dos enfermeiros mediante o processo de notificação de eventos adversos de pacientes hospitalizados. **Método:** Estudo do tipo descritivo, de natureza mista e corte transversal, desenvolvido em um hospital de ensino da região Centro-Oeste do Brasil, com a participação de 60 enfermeiros das diversas Unidades Clínicas. Os dados quantitativos foram obtidos por meio de os relatórios do VIGIHOSP, sistemas online de notificação do hospital, anos 2016 e 2017 e analisados estatisticamente por meio de frequências absolutas e relativas. Os dados qualitativos foram obtidos por meio de entrevistas com os enfermeiros mediante um instrumento estruturado, no mês de março de 2018. Foram inseridos no software ATLAS.ti 8.0 e realizada análise de conteúdo sendo evidenciadas três categorias: O Saber do Enfermeiro; O Fazer do Enfermeiro; Fatores intervenientes para a notificação de eventos adversos. **Resultados e Discussão:** Foram notificados no VIGIHOSP, 2495 incidentes, os principais relacionados a cirurgias (60,6%) e medicações (23,3%). Quanto às cirurgias, 98,6% foi cancelamento do procedimento cirúrgicos sendo 23,1% por não comparecimento do paciente, 18,4% por falta de estrutura organizacional e 15% por falta de condições clínicas do paciente. Dos incidentes relacionados a medicamentos, 61,8% foram erros de prescrição e 27,6% erros de dispensação. Quanto ao perfil dos participantes, 46,6% trabalham no noturno ou turno misto, possuem mais de um vínculo empregatício, atuando por mais de 40 horas semanais. Foi evidenciada subnotificação de incidentes, visto que a maioria dos enfermeiros não notificam os eventos no sistema. Apesar de revelarem conhecimento do sistema de notificação de eventos da instituição, desconhecem o seu fluxo, especialmente em relação ao retorno ao notificador. Como fatores relacionados a subnotificação de incidentes foram ressaltados a falta de tempo, falta de profissionais/recursos humanos, indisponibilidade de computadores para notificação e baixa qualificação de alguns profissionais para utilizar o programa online. **Conclusões:** Torna-se evidente a necessidade de maior investimento na capacitação dos enfermeiros acerca da dinâmica e fluxo do sistema de notificação do hospital por meio de programas de educação continuada envolvendo a comunicação dos eventos como estratégia educativa para o alcance de melhorias na qualidade da prática assistencial e segurança do paciente.

Palavras-chave: Segurança do Paciente, Avaliação da Qualidade Assistencial, Gerenciamento de Riscos, Equipe de Enfermagem.

MOREIRA, I.A. **Notification of adverse events: the knowledge and the role of nurses** [Dissertation] Goiânia - GO: Graduate Program in Collective Health of the Institute of Tropical Pathology and Public Health of the Federal University of Goiás, Goiânia; 2018.

ABSTRACT

Introduction: Patient safety has been a topic of discussion in health institutions and the reporting of adverse events is one of the main indicators used to assess the quality of care provided. The nurse, supervisor of the nursing team, has a prominent role in risk management and through the systematic notification of these events should implement preventive strategies for improvements in the quality of care and patient safety. **Objective:** To analyze nurses' knowledge and performance through the process of reporting adverse events in hospitalized patients. **Method:** A descriptive, mixed-type cross-sectional study developed at a teaching hospital in the Center-West region of Brazil, with the participation of 60 nurses from the various Clinical Units. Quantitative data were obtained through VIGIHOSP reports, online hospital notification systems, for 2016 and 2017 and analyzed statistically by absolute and relative frequencies. Qualitative data were obtained through interviews with nurses through a structured instrument, in March 2018. The contents of the ATLAS.ti 8.0 software were analyzed and three contents were analyzed:

The Nurse's Knowledge; The Making of the Nurse; Intervening factors for the reporting of adverse events. **Results and Discussion:** In VIGIHOSP, 2495 incidents were reported, the main ones related to surgeries (60.6%) and medications (23.3%). As for surgeries, 98.6% were cancellation of the surgical procedure, being 23.1% due to patient non-attendance, 18.4% due to lack of organizational structure and 15% due to lack of patient's clinical conditions. Of the drug-related incidents, 61.8% were prescription errors and 27.6% dispensing errors. As for the profile of the participants, 46.6% work at night or mixed shift, have more than one employment relationship, working for more than 40 hours a week. It was evidenced underreporting of incidents, since most nurses do not notify the events in the system. Although they reveal knowledge of the institution's event notification system, they do not know its flow, especially regarding the return to the notifier. Factors related to underreporting of incidents were lack of time, lack of professionals / human resources, unavailability of computers for notification and low qualification of some professionals to use the online program. **Conclusions:** The need for greater investment in nurses' training on the dynamics and flow of the hospital's notification system is evident through continuing education programs involving the communication of events as an educational strategy to achieve improvements in the quality of practice care and patient safety.

Key words: Patient Safety, Quality Assurance Assessment, Risk Management, Nursing Team.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Modelo do Queijo Suíço proposto por James Reason.	341
Figura 2 – Organograma do Núcleo de Segurança do Paciente.	533

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização do perfil sócio profissional de enfermeiros das unidades clínicas de um hospital de ensino de Goiânia, GO.2018.....	555
Tabela 2 – Caracterização das unidades clínicas de atuação dos enfermeiros de um hospital de ensino de Goiânia, GO.2018.....	566
Tabela 3 - Relação entre as características sócio profissionais e a frequência de notificação de eventos adversos pelos enfermeiros no VIGIHOSP de um hospital de ensino. Goiânia, GO. 2018.....	666
Tabela 4 – Categorias dos incidentes notificados no VIGIHOSP de um hospital de ensino nos anos de 2016 e 2017. Goiânia-GO. 2018.	677
Tabela 5 - Unidades clínicas do hospital que notificaram incidentes no VIGIHOSP de um hospital de ensino nos anos de 2016 e 2017. Goiânia, GO. 2018.	677
Tabela 6 – Categorias profissionais que notificaram incidentes no VIGIHOSP em um hospital de ensino nos anos de 2016 e 2017. Goiânia, GO. 2018..	688
Tabela 7 - Motivos de incidentes notificados no VIGIHOSP de um hospital de ensino relacionados a cirurgias, nos anos de 2016 e 2017. Goiânia, GO, 2018.	699
Tabela 8 - Caracterização dos incidentes notificados no VIGIHOSP de um hospital de ensino relacionados a medicamentos, nos anos de 2016 e 2017. Goiânia, GO.2018.....	700
Tabela 9 - Incidentes notificados na categoria “outros” no VIGIHOSP de um hospital de ensino nos anos de 2016 e 2017. Goiânia, GO. 2018.....	711
Tabela 10 – Identificação do dano ao paciente relacionado aos incidentes notificados no VIGIHOSP de um hospital de ensino nos anos de 2016 e 2017. Goiânia, GO. 2018.	722

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAQDAS	Computer-Assisted Qualitative Data Analysis Software
CC	Centro Cirúrgico
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN – SP	Conselho Regional de Enfermagem- São Paulo
CPSI	<i>Canadian Patient Safety Institute</i>
EA	Evento Adverso
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EUA	Estados Unidos da América
GERSHEn	Grupo de Estudos em Gestão e Recursos Humanos em Saúde e Enfermagem
HUB	Hospital Universitário de Brasília
ICPS	International Classification for Patient Safety
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
IRAS	Infecção Relacionada à Assistência em Saúde
MS	Ministério da Saúde
NHS	<i>National Health Service</i>
NOTIVISA	Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
REBRAENSP	Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFG	Universidade Federal de Goiás
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	
2	INTRODUÇÃO	22
3	OBJETIVOS	28
3.1	GERAL	28
3.2	ESPECÍFICOS	28
4	REVISÃO DE LITERATURA	30
4.1	O Contexto da segurança do paciente	30
4.2	O significado do erro	32
4.3	O enfermeiro e a segurança do paciente	34
4.4	Dimensões da qualidade em saúde	36
4.5	A gestão de riscos e a notificação de incidentes	38
5	METODOLOGIA	44
5.1	Tipo de estudo	44
5.2	Campo do estudo	44
5.3	Fontes de dados	45
5.4	Critérios de inclusão	46
5.5	Critérios de exclusão	46
5.6	População e amostra	46
5.7	Procedimentos para a coleta de dados	46
5.7.1	Relatórios do VIGIHOSP	46
5.7.2	Entrevista	47
5.8	Análise de dados	48
5.8.1	Análise quantitativa	48
5.8.2	Análise qualitativa	48
5.9	Aspectos éticos	50

6	RESULTADOS	52
6.1	Estrutura do Núcleo de Segurança do Paciente	52
6.2	Processo de notificação de eventos adversos pelos enfermeiros	54
6.2.1	Caracterização dos enfermeiros	54
6.2.2	O processo de notificação de eventos adversos	56
6.2.2.1	O saber do enfermeiro	56
6.2.2.2	O fazer do enfermeiro	59
6.2.2.3	Fatores intervenientes para a notificação de eventos adversos	62
6.2.3	Relação das notificações de incidentes x Perfil dos Enfermeiros	65
7	DISCUSSÃO	74
8	CONCLUSÕES	83
9	CONSIDERAÇÕES / RECOMENDAÇÕES	86
	REFERÊNCIAS	88
	APÊNDICES	98
	ANEXOS	104

Apresentação

1 APRESENTAÇÃO

O material apresentado neste estudo é resultado das minhas inquietações sobre a importância de se instituir um cuidado seguro nas instituições de saúde. O desejo é de contribuir, por meio da investigação de notificações de eventos adversos nos serviços hospitalares, subsidiar uma melhoria na assistência e ressaltar a importância da enfermagem nessa atuação.

O meu percurso nessa temática teve início em 2009, durante o curso de Graduação em Enfermagem na Universidade Federal de Goiás (UFG), como voluntária de iniciação científica quando tive a oportunidade de me inserir no universo da pesquisa. Em 2010 me tornei participante do Grupo de Estudos em Gestão e Recursos Humanos em Saúde e Enfermagem (GERHSEn). Já como bolsista do Programa de Iniciação Científica da FEN/UFG, sob a orientação da coordenadora desse grupo de pesquisa, desenvolvi, até o final da graduação, projetos voltados para a segurança do paciente e qualidade da assistência hospitalar.

Após graduada, durante um período, estive envolvida no programa de Residência Multiprofissional do Hospital das Clínicas da UFG, onde passei a direcionar meu olhar sobre a segurança do paciente na perspectiva da atuação dos profissionais e do cenário hospitalar. Posteriormente, atuei como enfermeira assistencial no Hospital Universitário de Brasília (HUB) por meio do concurso da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), onde permaneci por um ano e cinco meses até ser transferida e retornar como enfermeira ao HC-UFG-EBSERH no qual atuo desde 2016.

Após essas experiências em diferentes cenários de atuação da assistência hospitalar, pude compreender melhor os desafios e necessidades envolvidos nesse processo, principalmente em relação aos eventos adversos (EA) que por muitas vezes eram subnotificados, apesar da alta ocorrência. Nesse sentido, como enfermeira, me questionei sobre qual seria o papel da equipe de enfermagem diante da ocorrência de um evento adverso e da importância de se comunicar tais fatos por meio da notificação sistemática e como se obter um diagnóstico situacional das possíveis falhas advindas da prática em saúde pelos profissionais de enfermagem.

Sendo assim, a fim de ampliar meu conhecimento nessa área, em 2016 ingressei no Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da UFG com intuito de pesquisar sobre a

atuação dos enfermeiros na notificação de incidentes na atenção hospitalar, uma vez que esses profissionais demandam o maior tempo junto aos pacientes de alta complexidade e são capazes de identificar as falhas relacionadas a esse processo e assim, instituir medidas preventivas de futuros erros.

O cuidado seguro e a melhoria da qualidade prestada aos pacientes têm sido foco de muitas pesquisas científicas, mesmo assim é notório que as taxas de eventos adversos continuam altas e que os danos causados aos pacientes são um grave problema de saúde pública. Nesse sentido, este estudo tem como objetivo identificar o conhecimento dos enfermeiros em relação ao processo de notificação de eventos adversos no ambiente hospitalar, a fim de subsidiar estratégias efetivas para uma assistência cada vez mais segura.

Por se tratar de um Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, acredito que meu trabalho possa contribuir para minha qualificação, além de divulgar e utilizar esse estudo e conhecimentos adquiridos, no meu processo de trabalho com foco nas diretrizes do Sistema Único de Saúde, possibilitando assim, maior integração entre ensino e prática profissional.

Este material está estruturado considerando as etapas de um estudo científico. Assim no primeiro momento é apresentada uma introdução que descreve o conceito de evento adverso (EA), os dados epidemiológicos dos índices de EA no Brasil e no mundo, além da justificativa do estudo, bem como a pergunta e objetivos que resultaram nessa investigação.

No segundo momento é apresentada uma revisão de literatura alicerçada em bases científicas e disposta em três tópicos: um breve histórico da segurança do paciente; o significado do erro; e a avaliação da qualidade do serviço na perspectiva da segurança do paciente, dividida em dois subtópicos: dimensões da qualidade e a gestão de riscos e notificação de incidentes.

Logo em seguida, a metodologia do estudo que está caracterizada como estudo descritivo, de natureza mista e corte transversal, com detalhamentos do local, fonte de dados, coleta e análise dos dados e aspectos éticos considerados na pesquisa.

No quarto momento estão apresentados os resultados, os quais foram estruturados em três partes, conforme os objetivos específicos, e sistematizados em tabelas e falas dos participantes: estrutura do núcleo de segurança do paciente, processo de

notificação de eventos adversos pelos enfermeiros e eventos adversos notificados pelos profissionais de saúde. A discussão vem em sequência e está norteada na literatura nacional e internacional que apontam maior relevância para o estudo.

As conclusões trazem uma síntese dos resultados e as considerações finais apontam reflexões quanto à competência e responsabilidade dos enfermeiros no processo de notificação de eventos adversos, além de recomendações quanto aos aspectos a serem melhorados para a consolidação da notificação de eventos adversos no hospital com vistas à segurança do paciente.

Todas as referências consultadas para a construção deste material estão listadas e apresentadas segundo as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), conforme solicitado pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Goiás.

Os anexos e apêndices estão apresentados ao final do material, para critério de comprovação dos termos éticos e consulta do instrumento elaborado para este fim.

Este estudo poderá contribuir e despertar o interesse dos profissionais para a segurança do paciente e processo de notificação de eventos adversos no âmbito hospitalar, com vista para a melhoria contínua da assistência prestada

Introdução

2 INTRODUÇÃO

A segurança do paciente tem sido tema de discussão e preocupação das instituições de saúde e passou a ser reconhecida como uma dimensão essencial para garantir a qualidade uma vez que a assistência não planejada pode resultar em danos à saúde da população (CARNEIRO et al., 2011; REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

Desde 2000, a Organização Mundial da Saúde (OMS) tem estimulado seus países membros, a adotarem iniciativas com foco na construção de uma cultura de segurança, de aperfeiçoar os sistemas e assim, potencializar estratégias direcionadas a processos mais seguros e eficazes para a prevenção de incidentes no contexto da assistência à saúde (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000; BATALHA, 2012).

Segundo a Resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária- ANVISA 36/2013, incidentes são eventos não esperados que podem resultar ou não em danos ao paciente. Os eventos adversos (EA) são aqueles que resultam em lesão ou dano (BRASIL, 2013a). Os incidentes são considerados uns dos principais indicadores de qualidade para avaliar a assistência prestada nas instituições de saúde.

As consequências resultantes desses eventos são muito importantes uma vez que envolvem um aumento de gastos institucionais e sociais, decorrentes de vários fatores como: prorrogação do tempo de internação, riscos de adquirir incapacidades temporárias ou permanentes que podem conduzir a óbitos (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000; REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013; CARVALHO; VIEIRA, 2003).

É importante que medidas sejam discutidas e repensadas em todos os locais que desenvolvem ações de cuidado em busca de promoção, recuperação e reabilitação da saúde, pois no cenário atual os pacientes e famílias são expostos a erros, até mesmo nas mais desenvolvidas instituições de saúde (PEDREIRA, 2009a).

O relatório do *Institute of Medicine (IOM) To Err is Human: Building a Safer Health Care System* identificou, através de estudos epidemiológicos, uma alta incidência de eventos adversos nas instituições hospitalares americanas, frequentemente ocasionados por erro humano, que gera pelo menos 44.000 óbitos de americanos (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

Em 2010, o *Canadian Patient Safety Institute* (CPSI) classificou os riscos durante uma internação em uma unidade hospitalar como mais elevados àqueles encontrados na aviação comercial, minerações de carvão, atividades com armas de fogo, construção civil, esportes radicais e atividades de mergulho profissional (AZEVEDO FILHO et al., 2015).

No Canadá, estudo com 2699 prontuários de 11 hospitais, concluiu que 76,8% dos eventos adversos ocorridos estavam associadas aos cuidados de enfermagem, como as lesões por pressões, quedas, erros durante a administração de medicações e infecções relacionadas à assistência à saúde (D'AMOUR et al., 2014).

Uma pesquisa realizada no Brasil, em três hospitais públicos do Rio de Janeiro, identificou que dos 7,6% de EA ocorridos com pacientes hospitalizados, 48,5% ocorreram nas unidades de enfermarias, e desses 65,7% eram EA evitáveis (MENDES et al., 2005).

Outro estudo, baseado em relatórios de enfermagem de uma clínica cirúrgica de um hospital-escola na região centro-oeste brasileira, encontrou 264 EA registrados, ou seja, uma prevalência de 19% de incidentes decorrentes de assistência pré- e pós-operatória, correspondendo ao dobro da estimativa da Organização Mundial de Saúde (OMS) (WHO, 2008ab), a qual indica uma prevalência de 10% (CARNEIRO et al., 2011).

Na clínica médica desse mesmo hospital, por outro lado, em 10 anos de registros de enfermagem, foram identificados 1360 eventos adversos, dos quais os mais frequentes estavam relacionados à retirada acidental de sondas, cateteres e drenos (COSTA et al., 2016). Esses resultados levam a uma média de 11,3 EA por mês e incidência de 10,2%, fato que corrobora com a incidência encontrada em literatura científica (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000; MENDES et al., 2009).

Proporcionar assistência adequada no momento certo, para o paciente certo, com finalidade de obter os melhores resultados possíveis na reabilitação do paciente constituem os princípios fundamentais da equipe de enfermagem que se esforçam em prestar um cuidado de forma ética e respeitosa, baseada nas necessidades do paciente, familiares e melhores evidências científicas disponíveis na literatura (PEDREIRA, 2009b).

A equipe de enfermagem é considerada a maior força de trabalho em saúde no Brasil, com mais de um milhão de profissionais atuantes (COREN-SP, 2010). Neste sentido, considerando-se que esses profissionais estão comprometidos com os deveres éticos da profissão e com a excelência na assistência, evidencia-se uma importância entre a relação direta dessa categoria com as estratégias de segurança do paciente e a prevenção de erros (OLIVEIRA et al., 2014).

O enfermeiro é o responsável pela supervisão da equipe de enfermagem e sendo o profissional que possui maior contato com o paciente, assume um papel essencial na segurança do paciente, pois possui capacidade de detectar o erro precocemente, prevenindo-os e até mesmo minimizando os agravos desses incidentes (BARBOSA; MELO, 2008; PEDREIRA, 2009b; PEDREIRA; CHANES, 2011; SILVA et al., 2014).

Em relação aos eventos adversos relacionados à assistência de enfermagem, um estudo realizado em alguns hospitais dos Estados Unidos mostrou que os principais incidentes estavam relacionados aos erros de medicação, as infecções hospitalares e as quedas dos pacientes (LUCERO; LAKE; AIKEN, 2010). Sabe-se que muitas vezes os eventos adversos são erroneamente associados ao erro individual do profissional, contudo, é preciso considerar as condições de trabalho e os fatores estruturais dessas instituições de saúde, além de todo processo de trabalho durante a realização dessas atividades (OLIVEIRA et al., 2014).

Algumas situações predispoem a ocorrência de eventos adversos, como as falhas na formação e falta do aperfeiçoamento profissional adequado e compatível às atividades realizadas por eles, falha ou ausência na sistematização da assistência de enfermagem (SAE), sobrecarga de trabalho e desmotivação da equipe (BECCARIA et al., 2009). Um estudo realizado em uma clínica cirúrgica de um hospital em Goiás identificou falhas nos registros de prontuários dos pacientes, principalmente em relação ao quadro clínico, no qual 29,3% das internações não foram evoluídas diariamente, predispondo a erros (PARANAGUÁ et al., 2013).

Alguns especialistas fortalecem uma visão mais ampla do processo de cuidado na qual o erro é humano e os incidentes acontecerão independentes do tipo de atuação do profissional. Nesse sentido, o mais importante não é identificar quem falhou na ocorrência dos incidentes, mas sim, em qual etapa o processo proporcionou essa falha (REASON, 2009).

Sendo assim, a gestão de risco é definida como a implementação de medidas e iniciativas de forma sistêmica e contínua na avaliação e controle de riscos e incidentes que afetam a segurança do paciente, a integridade profissional e a imagem institucional, a fim de se alcançar o equilíbrio ideal do risco, benefício e custo (BRASIL, 2013b; WHO, 2009). É notório que a gestão de riscos oferece uma avaliação dos resultados da prática assistencial e que, portanto, a segurança do paciente deve ser uma prioridade estratégica para as instituições de saúde e seus gestores (PARANAGUÁ, 2012). Considerando-se que erros trazem consequências graves e que em grande parte poderiam ser evitáveis, as instituições necessitam desenvolver ações focadas em segurança com enfoque na influência dos processos de trabalho na qualidade do cuidado prestado.

Lima e Barbosa (2015) reforçaram que a identificação do incidente está relacionada ao processo de melhoria da qualidade assistencial e que os profissionais de enfermagem assumem um papel importante nessa captação. Para isso, é necessário que os erros sejam relatados, descritos e notificados, para que se conheça a causa do problema, para uma intervenção em caráter educativo, preventivo e não punitivo, pois o registro serve como instrumento de comunicação e discussão entre a gestão e assistência (PARANAGUÁ, 2012; KALSING; 2012).

Silva et al. (2007) identificou que muitos profissionais da saúde não comunicam ou notificam os incidentes seja por vergonha do ocorrido, ou por temerem a punição por meio de sanções administrativas, punições verbais e escritas, demissões ou mesmo processos civis, legais e éticos. Nesse sentido, é importante que as instituições estimulem as notificações dos incidentes como caráter educativo, de aprendizagem e não para punir o profissional envolvido no processo. Além disso, deve haver um clima organizacional colaborativo e facilitador, para que todos os integrantes da equipe de saúde possam compartilhar e realizar discussões sobre segurança do paciente e notificação de falhas (BEZERRA et al., 2009; EL-JARDALI et al., 2011).

Em relação a implantação de estratégias para melhoria da qualidade e segurança do cuidado, estudos mostram a importância da participação do enfermeiro nesse processo. Além de identificarem as causas e os efeitos desses erros à saúde do paciente, são essenciais na tarefa de notificação desses eventos e são comprometidos com a realização de capacitações voltadas à prevenção de novas ocorrências nas instituições. Este cenário, reforça as inúmeras oportunidades que o

enfermeiro possui para desenvolver sua prática embasada em uma assistência segura e com qualidade (OLIVEIRA et al., 2014).

Diante da minha atuação como enfermeira assistencial em um Hospital de Ensino, no qual desenvolvo atividades que estão interligadas com a segurança do paciente, presenciei alguns eventos adversos e fatores que interferem no processo de cuidado seguro, principalmente relacionados ao ato de notificação desses eventos que muitas vezes não era realizado.

Nesse sentido, sabendo que a qualidade da assistência de enfermagem contribui diretamente para uma boa evolução do quadro de saúde dos pacientes e sua satisfação diante dos cuidados recebidos, e que essa qualidade está intimamente relacionada com a segurança da assistência prestada pela enfermagem, pretende-se com o presente estudo responder às seguintes inquietações: Qual o conhecimento dos enfermeiros sobre os Eventos adversos e o processo de notificação? Como os enfermeiros atuam diante da ocorrência de um evento adverso no âmbito hospitalar? Quais são suas facilidades e dificuldades para notificar um evento adverso?

Assim, este estudo justifica-se pela importância do tema para a assistência de enfermagem no cuidado seguro do paciente em unidades hospitalares, devido a sua grande relevância enquanto maior categoria profissional e mais presente na assistência ao paciente hospitalizado e ao alto grau de cuidado que esses pacientes demandam.

Objetivos

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

Analisar o processo de notificação de eventos adversos de um hospital de ensino contextualizando o conhecimento e atuação dos enfermeiros mediante a ocorrência de eventos adversos com pacientes hospitalizados.

3.2 ESPECÍFICOS

Descrever a estrutura organizacional do Núcleo de Segurança do Paciente do hospital e do sistema de notificação de eventos adversos;

Identificar os principais eventos adversos notificados no hospital e suas características;

Verificar o conhecimento dos enfermeiros acerca da notificação de eventos adversos;

Descrever as condutas dos enfermeiros mediante a ocorrência de um evento adverso;

Descrever as fragilidades e as dificuldades dos enfermeiros relacionadas à notificação de eventos adversos.

Revisão de Literatura

4 REVISÃO DE LITERATURA

A segurança do paciente representa um grande desafio para as instituições de saúde. Os altos índices de eventos adversos demonstram a necessidade de busca constante de estratégias e ações que melhorem a assistência e garantam a sua qualidade.

Para entender todo o processo que envolve a notificação de incidentes, a revisão da literatura está apresentada em três tópicos: breve histórico da segurança do paciente, o significado do erro, e avaliação da qualidade do serviço na perspectiva da segurança do paciente, que apresenta os subtópicos: dimensões da qualidade, gestão de riscos e notificação de incidentes.

4.1 O Contexto da segurança do paciente

Há muito tempo são discutidas as formas de prevenção de erros durante a assistência ao paciente. Hipócrates, conhecido como o pai da medicina, há mais de dois mil anos já se preocupava com a assistência ao doente ao escrever o princípio “*Primum non nocere*” traduzida não literalmente como “primeiro, não causar dano” (WACHTER, 2013). Na enfermagem, desde 1859, o olhar da precursora da profissão, Florence Nightingale já alertava para o dever principal do hospital de não causar mal ao paciente (NIGHTINGALE, 2010).

Entretanto, foi somente no final do século XX que essa temática ganhou renome internacional, a partir da publicação de dois estudos importantes: em 1984, com o estudo realizado em Nova Iorque, *Medical Practice Study Harvard*, ganhou notoriedade americana ao mostrar a alta ocorrência de eventos adversos e um número restrito de discussões para um assunto tão grave (BRENNAN, 1991). O *Institute of Medicine* (IOM) dos EUA, em 1999, deu enfoque maior quando publicou o relatório *To err is human: building a safer health care system* alertando sobre os altos índices de óbitos de pacientes decorrentes de erros na maioria evitáveis (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

Além disso, tivemos a publicação do livro *Human Error*, pelo psicólogo britânico James Reason em 1999, no qual apresentou discussões importantes sobre a

definição de erro e que seriam trabalhadas nas publicações posteriores (REASON, 2009).

A repercussão desses estudos fez com que muitas iniciativas fossem adotadas a fim de propor melhorias na segurança do paciente e prevenção de erros, como a criação da *National Patient Safety Agency* no Reino Unido, a *Danish Society for Patient Safety*, na Dinamarca, a *Australian Patient Safety Agency* na Austrália e, a *Agency for Healthcare Research and Quality* nos EUA (SARAIVA, 2015).

Do mesmo modo, a segurança do paciente tornou-se prioridade para a OMS estabelecendo várias ações com essa temática, com destaque para a criação da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (*World Alliance for Patient Safety*) em 2004, em que os países membros se comprometiam em promover práticas e estratégias para garantir a segurança dos cuidados em saúde (ANVISA, 2011; BRASIL, 2013c; WHO, 2012).

O Desafio Global foi a principal estratégia dessa Aliança, lançando a cada período um novo tema de destaque e as ações a serem estimuladas e realizadas para minimizar o risco de dano ao paciente (WHO, 2008b). Além disso, desenvolveu uma taxonomia denominada *International Classification for Patient Safety* (ICPS) ou Classificação Internacional para Segurança do Paciente, que possibilitou uma padronização dos conhecimentos e discussões acerca do tema (OMS, 2011).

Desde 1999, a Agência Nacional de Vigilância em Saúde (ANVISA) é o órgão governamental responsável pela segurança do paciente no Brasil. Em 2001, uma das principais iniciativas dessa agência foi a criação da Rede Brasileira de Hospitais Sentinela, com intuito de diagnosticar por meio das notificações, os eventos adversos ocorridos com os pacientes e queixas técnicas dos produtos utilizados na assistência para tentar oferecer melhores produtos no mercado e mais segurança e qualidade para pacientes e profissionais de saúde (BRASIL, 2013b).

Um grande marco no país foi à instituição do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), pelo Ministério da Saúde (MS), em 2013, com o objetivo de prevenir e reduzir a ocorrência de eventos adversos por meio da promoção de iniciativas voltadas à segurança do paciente, implantação da gestão de riscos e de Núcleos de Segurança do Paciente, participação ativa dos pacientes e familiares nas ações de segurança do paciente e assim, ampliar o acesso a informação sobre a

segurança do paciente e promover a inclusão do tema nas discussões das instituições assistenciais e de ensino (BRASIL, 2013b).

Uma das funções dos Núcleos de Segurança do Paciente é instituir os protocolos básicos de segurança do paciente nas instituições de saúde que estão inseridos. Esses protocolos foram aprovados em 2013 pelas Portarias do Ministério da Saúde n. 1377 e 2095 e estão de acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA (RDC) 36/2013, que institui as Ações para Segurança do Paciente (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013c).

No âmbito da equipe de enfermagem, uma das estratégias adotadas foi a criação da Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP), em 2008, em que foram articulados em vários estados que se constituíram como pólos integrados por grupos de enfermeiros de instituições de saúde diversas com a finalidade de fortalecer e encorajar uma assistência de enfermagem com qualidade e segurança, principalmente por meio da cooperação entre as instituições de saúde e de educação dos profissionais (CASSIANI, 2010; REBRAENSP, 2013).

É notório o grande avanço em relação à criação de comissões e políticas públicas e institucionais a acerca da segurança do paciente e, mesmo assim, se evidencia ainda, como crescente a ocorrência de incidentes nos serviços de saúde. Isso reflete uma necessidade de práticas mais eficazes e que as pesquisas sejam revertidas em benefícios reais para a assistência em saúde com qualidade e segurança envolvendo todos os profissionais e especialmente, os pacientes e familiares como barreiras para minimizar os possíveis erros decorrentes da assistência à saúde.

4.2 O significado do erro

A OMS reconhece que a falta de segurança do paciente é um problema de saúde pública, visto que as evidências estimam que um a cada dez pacientes hospitalizados esteja sujeito a sofrer um evento adverso, sendo a maioria preveníveis (OMS, 2010; IHI, 2018).

De modo geral, as instituições de saúde tendem a considerar o erro humano como fator determinante da ocorrência de incidentes e, tendem a identificar as causas como negligência, desatenção, descuido, falta de conhecimento ou de experiência, para em seguida punir o profissional envolvido. Essa ação reforça o instinto do

profissional em esconder o erro (HOFFMANN, 2016). Por isso, Llory e Montmayeul (2014), reforçam a ideia de uma visão mais ampla e sistêmica que envolve o contexto organizacional como um todo, desde suas políticas e práticas em geral até a tecnologia adotada na instituição.

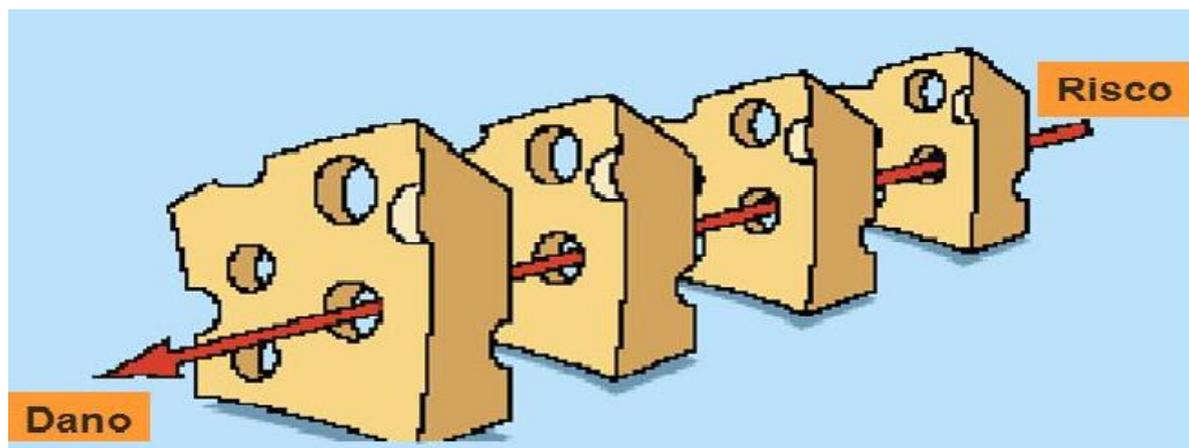
Nesse sentido, o risco é definido como a possibilidade de um incidente acontecer, perigo incerto, previsível e também representa uma ameaça de ocorrer danos ao paciente que está institucionalizado (FREITAS, 2002; WHO, 2009). Do mesmo modo, dano é traduzido como o comprometimento da estrutura ou função do corpo, incluindo-se doenças, lesões, sofrimento, incapacidades temporárias ou morte, podendo ser de ordem física, social ou psicológica (WHO, 2009).

O psicólogo James Reason foi um dos primeiros a inovar quanto à compreensão sobre o erro humano, ao caracterizá-lo na ótica pessoal e na sistêmica, sendo que ambos são reconhecidos como consequência e não, causa do problema. Na abordagem do erro de forma pessoal, a responsabilidade é exclusivamente do indivíduo, e na abordagem sistêmica, entende-se que os erros são inerentes à condição humana e acontecem em todas as instituições. Portanto, é mais interessante identificar o motivo de sua ocorrência ao invés de punir os responsáveis (REASON, 2000; TEXEIRA; CASSIANI, 2014).

Além disso, Reason introduziu conceitos sobre erros ativos e latentes. Os erros ativos são aqueles cometidos por quem executou a ação e apresentam resultados imediatos. Em contrapartida, os erros latentes são resultados de todos aqueles envolvidos no processo de planejamento e tomada de decisão e têm consequências ocultas por muito tempo no sistema (REASON, 2000).

Nesse sentido, o autor propôs o modelo do queijo suíço para representar como deve ser a abordagem sistêmica do erro. Esse modelo evidencia a necessidade de se criar barreiras para impedir que o erro atinja o paciente. Quando não há camadas de queijo (barreiras) suficientes ou efetivas, o risco (vetor) encontra uma lacuna e atinge o paciente (REASON, 2000) (Figura 1).

Figura 1 – Modelo do Queijo Suíço proposto por James Reason.



Fonte: Adaptado de REASON, 2008.

O contexto de saúde hospitalar é muito complexo, pois envolve o manejo de muitas tecnologias, atividades rotineiras que predispõem ao estresse e que precisam de decisões rápidas em situações graves. Nesse ambiente, as falhas latentes podem permanecer disfarçadas por muito tempo e somente serão identificadas quando se associarem a outros fatores da cultura organizacional (REASON, 2008).

Nesse sentido, segundo a Portaria do Ministério da Saúde nº 529, de 2013, cultura de segurança é definida como a responsabilidade em que os todos os trabalhadores, incluindo assistenciais e gestores, assumem pela sua própria segurança, de sua equipe e dos pacientes e familiares (BRASIL, 2013b). Para isso, é necessário que as instituições proporcionem recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança.

Portanto, é fundamental reconhecer a importância de uma cultura de segurança, no qual se estimule a redução de erros associados à assistência em saúde e, que assim, reforce as boas práticas para atingir a qualidade no cuidado (PAESE; DAL SASSO, 2013; ARRUDA et al., 2014; SILVA-BATALHA; MELLEIRO, 2015).

4.3 O enfermeiro e a segurança do paciente

Os altos índices de eventos adversos no âmbito hospitalar, no qual os cuidados prestados dependem diretamente da equipe de enfermagem, corroboram com o

papel essencial da enfermagem na prevenção de erros e formação de uma cultura de segurança (HOFFMANN, 2016).

A equipe de enfermagem tem como preceitos éticos garantir a segurança do paciente em todas as etapas da assistência, e principalmente o enfermeiro, tem competência suficiente para o manejo do processo do erro, desde a identificação da falha, os fatores e profissionais envolvidos e por fim, sistematizar e promover estratégias de prevenção voltadas à segurança do paciente (FRANCO et al., 2010; BOHOMOL; TARTALI, 2013).

É importante ressaltar que a ocorrência de EA é determinada por vários fatores, dentre eles a qualificação dos profissionais, dimensionamento da equipe, disponibilidade de materiais e equipamentos na instituição, acesso e capacitação de novas tecnologias, além de condições estruturais (ARBOIT; SILVA, 2012). Vários autores alertam que o nível de sobrecarga de trabalho da equipe de enfermagem associada a uma gama de paciente com necessidades complexas, como os de nível hospitalar, além da alta demanda de atendimento, são determinantes para os cuidados prestados de forma negativa e, para que isso não se evidencie é necessário o olhar dos gestores sobre esses fatores a fim de promover uma assistência segura e com qualidade (FUGULIN; GAIDZINSKI; CASTILHO, 2014).

Os líderes de gestão de serviços e da enfermagem possuem papel crucial no desenvolvimento de um ambiente engajado nos processos de prática profissional voltada para a segurança do paciente, na qual características como liderança, autonomia, comunicação, relacionamento interpessoal da equipe e domínio da prática influenciam diretamente na mudança de comportamento da equipe voltada para uma cultura de segurança (REIS, 2014; ALVES; GUIRARDELLO, 2016).

A enfermagem, como equipe mais participante do cuidado ao paciente, deve estabelecer práticas sólidas e científicas e, fortalecer estratégias com foco na segurança do paciente e promoção de uma assistência de qualidade. Para isso é necessário reforçar a comunicação entre a equipe, a análise dos erros com fins de aprendizado e a valorização do profissional através da educação continuada (REBRAENSP, 2013; CAVALCANTE et al., 2015).

Pesquisas relacionadas ao dever do enfermeiro, como supervisor de equipe, e sua responsabilidade na implementação de ações com vista à segurança do paciente

são ao mesmo tempo, recentes e inovadoras. Consequentemente auxiliam os profissionais da área a conhecer as causas e os efeitos do erro à saúde do paciente, além de direcionar os treinamentos à equipe oferecendo inúmeras oportunidades para atingir sua prática voltada ao cuidado seguro (OLIVEIRA et al., 2014).

Nesse aspecto, é indiscutível a ação do enfermeiro, pois ele como líder da equipe, consegue promover ações de gerência e de assistência a fim de melhorar a segurança do paciente e consequentemente trazer benefícios para a qualidade do cuidado (SIMAN; BRITO, 2016).

É fato, que a atuação da enfermagem na prevenção de erros e garantia de uma assistência de qualidade está associada às habilidades dessa categoria profissional e que por meio de competência, responsabilidade e conhecimento suficientes possa contribuir positivamente na segurança do paciente e gestão de riscos (SILVA et al., 2014). A comunicação aberta, o olhar sobre os incidentes e a educação continuada dos profissionais podem se tornar alternativas para ampliar a adesão ao processo de notificação de incidentes e melhorar a segurança na assistência à saúde.

4.4 Dimensões da qualidade em saúde

Nos últimos anos a qualidade é considerada um instrumento estratégico na maioria dos países, independentemente do nível de desenvolvimento econômico e do sistema de saúde adotado. Sendo assim, as instituições de saúde estão em uma busca constante de qualidade no atendimento prestado, para que suas atividades se tornem mais seguras e eficientes, sendo a atuação do enfermeiro, como maior categoria profissional envolvida no cuidado, fundamental nesse processo (SILVA, 2016; SERAPIONI, 2009).

A gestão da qualidade na saúde visa reduzir ou até mesmo cessar os cuidados de saúde inseguros que têm como consequências altas taxas de morbidade e mortalidade além de gastos adicionais com a permanência dos pacientes nos sistemas de saúde (SILVA, 2013).

Neste sentido, o Institute of Medicine define qualidade do cuidado, como a capacidade que os serviços de saúde possuem em produzir os resultados desejados e consistentes com as bases atuais de conhecimento profissional (CHASSIN; GALVIN, 1998).

Quando se fala em qualidade dos serviços de saúde, é essencial mencionar Avedis Donabedian, médico pediatra, uns dos pioneiros nos estudos desse tema, e que, no século passado, estabeleceu sete pilares para definir qualidade: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade (DONABEDIAN, 1990).

Para Donabedian (1988), a qualidade em saúde é resultado da integração da ciência à tecnologia, permeada pelas relações interpessoais de forma a aumentar os benefícios e diminuir os riscos. Considera-se que a qualidade está construída por meio de dimensões estrutura, o processo e resultados que juntas formam a tríade de sustentação de avaliação de uma organização.

Estrutura corresponde às características mais estáveis da assistência em saúde como estrutura física, recursos humanos (número e qualificação), materiais (como instalações e equipamentos), recurso financeiros, instrumentos normativos, apoio político e organizacional (DONABEDIAN, 1988).

Processo objetiva analisar todas as atividades realizadas pelos profissionais em relação a assistência em saúde, de acordo com padrões baseados em evidências científicas, considerando também a utilização de recursos (DONABEDIAN, 1988). Essa avaliação compara o resultado esperado ou desejado, em termos de qualidade, com o que é realmente realizado e, a partir de várias análises planejar e readequar a prática para alcançar do esperado (FERNANDES, 2005).

Por fim, o resultado analisa as consequências e o impacto dessa assistência em saúde, através de indicadores, taxas e parâmetros em saúde e também a satisfação do usuário e profissional do serviço (DONABEDIAN, 1988).

A qualidade em saúde promove uma melhoria contínua dos padrões de atendimento, permitindo um aperfeiçoamento, mudança de comportamento em relação à cultura organizacional e as tecnologias em saúde (PERTENCE; MELLEIRO, 2010). Para isso é importante que esses indicadores sejam avaliados, monitorados e controlados, pois eles representam o diagnóstico situacional além de serem dados importantes para gerar mudanças políticas, treinamentos e capacitações da equipe (TANAKA; MELO, 2001; FERNANDES, 2005; MENEZES; D'INNOCENZO, 2013). A notificação sistemática dos incidentes é o caminho a ser

seguido como forma de avaliação da qualidade das práticas em saúde e de atuar frente a gestão dos riscos na perspectiva do cuidado seguro.

4.5 A gestão de riscos e a notificação de incidentes

A gestão de riscos compreende o processo de identificação, análise, avaliação, monitoramento, tratamento e comunicação de todos os riscos e incidentes, em todos os níveis da organização para definir prioridades e melhorias nas decisões com a finalidade de equilibrar esse risco ao ponto ideal em benefício aos pacientes. Esta é uma das responsabilidades do NSP, estabelecidas na RDC da ANVISA nº 36 de 2013 (WHO, 2009; BRASIL, 2013b).

A Agência *National Health Service* (NHS) do Reino Unido enfatiza que a gestão de riscos é um método utilizado para conhecer as circunstâncias que podem levar a algum dano, e a partir disso minimizar a chance de sua ocorrência e consequências (ARMITAGE, 2009). Devida capacidade de ser interativa e reagir a mudanças no contexto dos erros, a gestão de riscos é essencial para auxiliar os líderes a tomarem decisões e priorizarem ações de forma consciente (MILAGRES, 2015; OLIVEIRA et al., 2014).

A gestão de risco está dividida em várias etapas: comunicação e consulta das causas e consequências dos riscos em todos os momentos; estabelecimento do contexto em que acontece o risco; identificação de riscos; análise e avaliação desses riscos para auxiliar a tomada de decisões; tratamento de riscos e implementações das ações e monitoramento e análise crítica, por meio de vigilância periódicas ou em resposta a um fato específico (ABNT, 2010; MILAGRES, 2015).

No contexto da prática em saúde, o enfermeiro tem papel fundamental em incorporar a gestão de riscos no cotidiano de seu trabalho, juntamente com a equipe de enfermagem, e assim promover a saúde e segurança dos pacientes (REYNOLDS, 2009; MILAGRES, 2015). Também atua como multiplicador da gestão de riscos ao estimular sua equipe a reconhecer, identificar e notificar os eventos adversos (SEVERO, 2010).

Alguns estudiosos observaram que os enfermeiros possuem concretamente, alguns entraves na gestão e no controle de riscos nas unidades de saúde pelos recursos limitados e a complexidade das atividades que desenvolvem na sua prática em

saúde (FAROKHZADIAN; NAYERI; BORHANI, 2015). Outros autores enfatizam que para a efetividade da gestão de riscos é essencial implementar estratégias e incentivar a melhoria dos processos nos serviços de saúde, inclusive a adoção de um sistema de controle e avaliação da qualidade (FEREZIN et al., 2017; HINRICHSEN, 2012).

Nesse processo, Silva (2013) afirma que uma das bases no processo de gestão de riscos é encorajar as notificações dos eventos adversos pelos profissionais e utilizar esses dados como ferramenta para se alcançar a qualidade na assistência. Isso poderá auxiliar no desenvolvimento de uma cultura de segurança nas instituições de saúde e assim eliminar alguns mitos como a punição dos envolvidos e fazer com que as equipes se sintam mais seguras ao informar voluntariamente a ocorrência de incidentes e eventos adversos (NASCIMENTO, 2008; TEXEIRA; CASSIANI, 2014).

Para investigar e analisar os incidentes ocorridos, algumas metodologias são empregadas, dentre elas temos a análise de causa raiz, usada quando o incidente já aconteceu e a análise do modo e efeito da falha, que procura de forma proativa identificar o que possa acontecer de errado, evitando assim as falhas e consequências delas (SILVA; TEIXEIRA; CASSIANI, 2008; JCAHO, 2010).

Com a premissa de identificar as causas e tentar resolver os problemas associados a ocorrência de incidentes, alguns países têm utilizado a análise de causa raiz para gerenciar o risco dos incidentes críticos e na geração de benefícios ao sistema de saúde (TEIXEIRA; CASSIANI, 2010; MILAGRES, 2015).

A análise do modo e efeito da falha é uma metodologia sistematizada e antecipada que avalia como um processo funciona e quais falhas podem gerar e, a partir da análise do impacto dessas falhas, é capaz de propor mudanças e corrigir o processo em determinada etapa (MILAGRES, 2015). Essa ferramenta é muito útil tanto para a implementação de novos processos, como para modificar um projeto já existente (GRIFFIN; RESAR, 2009).

Costa, Meirelles e Erdmann (2013) referiram que a adoção de metodologias de análise de riscos associadas à existência de um Núcleo de Segurança do Paciente composto por uma equipe multidisciplinar e a pesquisas sobre os incidentes, são estratégias seguras e eficazes na prevenção de eventos adversos.

No entanto, a comunicação do incidente deve ser prioridade para que se efetive a gestão de riscos e a implantação de um sistema de notificação de incidentes deve ser uma das ações e um programa de segurança do paciente que contemple a gestão de riscos, envolvendo a assistência à saúde.

A notificação de incidentes tornou-se obrigatória no Brasil, desde 2013 e está incorporada dentre os objetivos do Programa de Segurança do Paciente da OMS, uma vez que o desconhecimento dos eventos adversos em saúde incapacita o estabelecimento de melhoria na segurança do paciente (FRANÇOLIN et al., 2015; BRASIL, 2013b).

Nesse sentido, o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) tem como uma de suas funções, analisar e avaliar os dados sobre incidentes ocorridos na instituição e notificar os eventos adversos ao sistema da ANVISA, além de estabelecer estratégias e ações de gestão de risco, como a identificação, análise, avaliação e divulgação dos riscos de forma sistematizada (BRASIL, 2013b).

Quanto ao modo de atuação dos sistemas de informação hospitalar, estudo realizado em hospitais de São Paulo, avaliou as ações dos enfermeiros com relação ao gerenciamento da segurança dos pacientes e mostrou que todos os hospitais estudados possuíam um sistema de notificação de eventos adversos. A maioria destes hospitais (71,4%) possuíam uma Comissão de Gerenciamento de Riscos e 80% realizavam discussão dos eventos, corroborando com o fato que tais ações levam a mudanças positivas em relação à segurança do paciente (FRANÇOLIN et al., 2015).

A atividade de mensurar a cultura de segurança e os incidentes de uma instituição de saúde está na oportunidade de listar as fraquezas e fortalezas dessa organização a fim de favorecer as ações de melhoria e a redução dos eventos adversos (GAMA; OLIVEIRA; SATURNO HERNÁNDEZ, 2013; SILVA et al., 2014; OPAS, 2013).

Vale ressaltar a importância em fortalecer essa rede de notificações, de forma a enfatizar o caráter educativo e não punitivo dessa ação, uma vez que a omissão do erro se torna um agravante sendo que a admissibilidade do erro pelo profissional é uma atitude positiva (SILVA et al., 2014; PAIVA et al., 2014).

É importante ressaltar que a notificação é apenas um passo na gestão de risco. Os gestores precisam sistematizar e analisar todos os dados gerados, dar um feedback

à equipe de forma a gerar melhorias significantes e, para isso, é imprescindível que sejam solucionados os problemas de comunicação, lideranças e demais entraves no contexto do NSP da instituição de saúde (SIMAN; CUNHA; BRITO, 2017).

Um processo que pode facilitar e estimular a notificação dos eventos é a utilização de um sistema informatizado de registro nas instituições para agilizar o processo e garantir o anonimato dos profissionais responsáveis pelas notificações de eventos adversos (CAPUCHO; ARNAS; CASSIANI, 2013). A instituição de saúde ao adotar essa conduta pode garantir dados mais fidedignos, além de um maior número de notificações, desse modo, serão capazes de estabelecer novos métodos assistenciais e valorização dos profissionais da saúde (SILVA et al., 2014).

Apesar das instituições de saúde fazerem registros de notificações de forma manuscritas ou informatizadas, Capucho (2012) demonstrou em seu estudo, que o sistema informatizado gerou um aumento do número de notificações, além de melhora na qualidade dos relatos, principalmente em relação à descrição dos detalhes do incidente e do paciente.

Wachter (2013) reforçou que as notificações voluntárias sejam a base do plano de segurança do paciente, uma vez que trazem dados importante acerca da estrutura, processo e resultados em saúde, facilitando a gestão de risco na instituição hospitalar.

Para Siman, Cunha e Brito (2017) o processo de capacitação dos profissionais em relação a cultura de notificação, deve ser de forma gradativa, contínua e que esteja em conformidade com a realidade do serviço. O estudo nessa perspectiva mostrou que apenas a implantação de normas e diretrizes não são suficientes para alcançar melhorias, sendo necessária uma adequação das informações e capacitações fornecidas à equipe (ANTONOFF et al., 2013).

É essencial investir na propagação de uma cultura de segurança hospitalar, focada em estratégias educativas baseadas em protocolos e diretrizes para ampliar o conhecimento da equipe acerca de segurança do paciente e construir um canal de comunicação aberto entre os profissionais e gestores. Somente a partir da educação, formação e desenvolvimento pessoal da equipe de enfermagem e demais profissionais, voltados ao cuidado seguro, será possível atingir melhorias na

qualidade das práticas em saúde (SIMAN; CUNHA; BRITO, 2017; MILAGRES, 2015).

Para isso, é necessário que a gestão institucional, com apoio dos profissionais, assumam posturas positivas em relação a cultura de segurança e que os Núcleos de Segurança do Paciente tenham como prioridade um programa de educação permanente direcionado à equipe multiprofissional, além de incentivo contínuo a adesão dos protocolos e metas do Programa Nacional de Segurança do Paciente (DUARTE et al., 2015; SIMAN; CUNHA; BRITO, 2017).

Metodologia

5 METODOLOGIA

A metodologia é o caminho do pensamento, além de prática de abordagem da realidade e inclui o método, as técnicas de operacionalização e a experiência do pesquisador.

5.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal de natureza mista.

Os estudos descritivos são aqueles que buscam detalhar as características e os perfis de pessoas, grupos, comunidades, processos e objetivos ou qualquer outro fenômeno que se submeta a uma análise (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2013). Já os estudos de corte transversal são recomendados quando se deseja mensurar a frequência com que dado evento de saúde se manifesta em uma determinada população (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2013).

O estudo misto é aquele que combina a pesquisa quantitativa e qualitativa em uma mesma investigação. Esse tipo de estudo é uma tendência crescente na pesquisa em enfermagem e na saúde em geral, principalmente em estudos com abordagem de fenômenos complexos (SANTOS et al., 2017). A ideia de misturar diferentes métodos surgiu entre antropólogos e sociólogos no início dos anos 1960, porém somente no final de 1970 que nasceu a triangulação de dados, com o intuito de convergir os métodos quanti- e qualitativos e assim, eliminar a maioria dos vieses inerentes ao se utilizar um único método específico (CRESWELL, 2010; DOORENBOS, 2014).

5.2 Campo do estudo

O estudo foi realizado nas Unidades Clínicas de um Hospital de Ensino da região Centro-Oeste do Brasil. O Hospital em estudo é uma instituição pública federal, campo de pesquisa, ensino e extensão dos vários cursos da área da saúde. Desde 2014, é administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), que faz a gestão de 39 hospitais universitários federais em todo o Brasil. Possui aproximadamente 316 leitos entre diversas especialidades para atendimento de nível terciário exclusivamente aos pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Desde o ano de 2002, o hospital integra a Rede de Hospitais Sentinela do projeto criado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) em 2001. Em novembro de 2015, foi instituído o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) em consonância com RDC da ANVISA nº 36, de 25 de julho de 2013, que instituiu ações para a segurança do paciente em serviços de saúde sendo um dos itens a obrigatoriedade da existência do seu próprio NSP (BRASIL, 2013a).

Em 2014, houve a implantação do protocolo de higienização das mãos pelo Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde e, com a criação do NSP houve a implantação dos protocolos de identificação do paciente, lesão por pressão e prevenção de quedas, sendo que em 2018 já está em planejamento o protocolo de segurança na prescrição, uso e dispensação de medicamentos.

Também ocorreu a implantação do VIGIHOSP, aplicativo de Gestão de Riscos e Segurança do Paciente desenvolvido pela rede EBSEH com a finalidade de centralizar as notificações sobre incidentes ou queixas de fatos ocorridos nas dependências internas e/ou externas das instituições hospitalares da rede.

5.3 Fontes de dados

Os dados da pesquisa foram obtidos em três fontes:

A primeira fonte foi por meio de documentos disponibilizados pela coordenação do Núcleo de Segurança do Paciente do Hospital, como Plano de Segurança do Paciente – 2018, Portaria Interna do Hospital, nº. 232/2017 referente a reestruturação do NSP e por meio do documento intitulado: Diretrizes para implantação dos núcleos e planos de segurança do paciente nas filiais EBSEH (BRASIL, 2016).

A segunda fonte foram os relatórios dos incidentes notificados no programa VIGIHOSP que foram disponibilizados após a retirada da identificação dos pacientes. Foram incluídos todos os incidentes notificados e que estavam relacionados à assistência ao paciente, no período de 01 de janeiro de 2016 a 31 de dezembro de 2017.

A terceira fonte de dados foram os enfermeiros de 11 unidades de internação do Hospital: Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Clínica Tropical, Clínica Ortopédica,

Maternidade, Pediatria, Pronto Socorro adulto e pediátrico, Unidades de Terapia Intensiva Clínica, Cirúrgica e neonatal e, foram entrevistados no mês de março de 2018.

5.4 Critérios de inclusão

Foram considerados para a população, os enfermeiros que trabalhavam no hospital há pelo menos três meses e estavam em atividade no período de coleta.

5.5 Critérios de exclusão

Foram excluídos aqueles enfermeiros das unidades de internação citadas que estavam de licença ou de férias por mais de 30 dias.

5.6 População e amostra

A população do estudo foi composta por 101 enfermeiros assistenciais ou os que desenvolviam atividades de gerência nas 11 unidades de internação. Participaram da pesquisa 60 enfermeiros, pois 08 profissionais estavam de licença, 05 em férias, 06 foram excluídos por terem participado do teste piloto, 10 se recusaram e 12 foram considerados perdidos, ou seja, foram procurados por até três vezes e não foram encontrados.

5.7 Procedimentos para a coleta de dados

5.7.1 Relatórios do VIGIHOSP

Essa etapa envolve os dados quantitativos do estudo referente à notificação de incidentes no programa VIGIHOSP, sistema online de notificação próprio da EBSEH. Para essa etapa foi solicitada autorização por meio do Comitê do Núcleo de Pesquisa do Hospital (ANEXO A) que intermediou o contato com a sede da EBSEH em Brasília. Os relatórios do VIGIHOSP foram obtidos por meio do Núcleo de Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás. Os dados obtidos dos relatórios foram disponibilizados em formatos do programa Excel, contemplando o período de 01 de janeiro de 2016 a 31 de dezembro de 2017. A

identificação dos pacientes, envolvidos nos incidentes, foram retiradas dos relatórios antes de serem disponibilizados para a pesquisadora, para garantir o anonimato.

5.7.2 Entrevista

Nessa etapa foram obtidos os dados qualitativos. Inicialmente foi construído um roteiro semiestruturado sobre conhecimento dos enfermeiros e o processo de notificação de eventos adversos adaptado do estudo de Milagres (2015). Após autorização do autor, foram feitas alterações pela pesquisadora para se adequar à realidade do Hospital em estudo. Em sequência, o instrumento foi submetido à avaliação de três experts que trabalham na área de segurança do paciente e desenvolvem pesquisa sobre a temática. Foram feitas pequenas reformulações e, em seguida, realizado um teste piloto com seis enfermeiros de diferentes clínicas do hospital, sendo realizadas novas modificações para sanar possíveis dúvidas de interpretação que pudessem surgir durante a entrevista. Os participantes e dados obtidos durante o teste piloto não foram utilizados.

O roteiro final, utilizado para a coleta de dados, foi composto de questões sobre a caracterização do participante como tempo de serviço, formação e atuação profissional, turno de trabalho e vínculos empregatícios, além de questões acerca de participação em cursos de qualificação e segurança do paciente. As questões abertas tratavam sobre a percepção dos enfermeiros sobre o processo de notificação de eventos adversos na instituição, conhecimento do processo de notificação, conhecimento sobre a segurança do paciente e evento adverso e fatores intervenientes relacionadas à notificação de eventos adversos (APÊNDICE A).

Para a realização das entrevistas com os enfermeiros das unidades clínicas foi solicitada autorização da Diretoria de Enfermagem. O contato com os profissionais do campo foi por unidades clínicas. Após a apresentação e esclarecimento dos aspectos éticos e objetivos da pesquisa, os participantes foram orientados quanto ao roteiro de entrevista e os que concordaram em participar, assinaram em duas vias o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), ficando uma via com o pesquisador e outra com o participante (APÊNDICE B). As entrevistas com os enfermeiros das 11 unidades foram realizadas no mês de março de 2018, no local reservado e em horários previamente agendados. Foram realizadas pela

pesquisadora e uma auxiliar de pesquisa treinada. Todas as entrevistas foram gravadas em aparelho digital de voz, posteriormente transcritas e preparadas para análises.

5.8 Análise de dados

Considerando o delineamento do estudo misto, a análise dos dados obedeceu aos critérios para investigações desta natureza.

5.8.1 Análise quantitativa

Os dados dos relatórios do VIGIHOSP foram disponibilizados em uma planilha do Microsoft Excel versão 2010, analisados utilizando a dupla digitação como forma de validação do banco de dados. Desta forma, a planilha foi digitada e redigitada, a fim de corrigir erros. Na análise foram utilizadas frequências absolutas (n) e relativas (%) a fim de caracterizar os principais incidentes notificados no programa VIGIHOSP durante o período de dois anos e para comparar alguns dados e testar a homogeneidade dos grupos em relação às proporções foi utilizado o teste exato de Fisher unicaudal. O nível de significância utilizado para todos os testes foi de 5% e realizado através do software STATA[®] versão 14.0 nesta análise. Os dados referentes a caracterização dos profissionais enfermeiros entrevistados (segunda etapa) também foram inseridos para análises no Microsoft Excel versão 2010, analisados descritivamente e apresentados em tabelas. Todos os dados foram objetos de discussão e reflexão com base na literatura sobre o tema.

5.8.2 Análise qualitativa

Os dados decorrentes das entrevistas e referentes ao conhecimento dos profissionais sobre segurança do paciente e ao processo de notificação de incidentes/eventos adversos no Hospital foram inseridos no ATLAS.ti 8.0 que consiste em um software de análise de dados qualitativos, *Computer-Assisted Qualitative Data Analysis Software (CAQDAS)*. Este software é uma ferramenta usada para analisar textos, vídeos, áudios e imagens numa só interface e tem um

ótimo aproveitamento em pesquisas qualitativas e subjetivas, pois facilita e otimiza o processo de análise com grandes bancos de dados (WALTER; BACH, 2009).

Posteriormente foram submetidos à análise temática de conteúdo conforme propõe Bardin, com objetivo de encontrar núcleos de sentido na comunicação apresentada nos resultados obtidos, verificando a sua frequência e sua ligação com o objetivo do estudo (BARDIN, 2010). A análise de conteúdo deve ser organizada em três etapas cronológicas: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento e interpretação dos resultados. A fase de pré-análise consiste em organizar os dados a serem analisados por meio de uma leitura flutuante. A exploração do material é a fase de codificar os dados obtidos, e, na fase de tratamento e interpretação dos resultados obtidos, os resultados brutos são tratados e validados de forma significativa (BARDIN, 2010).

Seguindo a orientação de Bardin (2010) na fase de pré-análise, as transcrições das entrevistas foram lidas diversas vezes, a fim de obter maior reflexão sobre o conteúdo. Durante a exploração do material, foram identificadas palavras e frases com maior frequência de citação e que pudessem ser agrupadas por semelhanças de sentido (BARDIN, 2010). Tal processo deu origem às unidades de registro que respondiam aos objetivos da pesquisa e, que no ATLAS.ti são chamados de “codes”.

Assim, foram codificadas todas as citações pertinentes ao objetivo da pesquisa. A codificação das entrevistas tem o intuito de descobrir as unidades de contexto que compõem a comunicação e que podem apresentar alguns significados com o objetivo escolhido. Ou seja, à medida que os núcleos de sentido eram identificados nos relatos, algum *code* era atribuído a eles (GILZ, 2007), sendo que as unidades de contexto são chamadas de “*quotations*” no ATLAS.ti.

Após a codificação procedeu-se para a etapa de categorização dos dados. As categorias construídas nos ATLAS.ti são chamadas de “*families*” (GILZ, 2007; WALTER; BACH, 2009). As *families* são formadas através de agrupamentos de unidades de registro/*codes* que contem características em comum, ou seja, que tem unidades de contexto/*quotations* similares e que ao ser reunidas favorecem o entendimento do tema (BARDIN, 2010).

As categorias/*families* foram analisadas por meio de relatórios gerados pelo ATLAS.ti e discutidas com base na literatura científica sobre o tema.

5.9 Aspectos éticos

Este projeto de pesquisa faz parte de um projeto maior intitulado: “Segurança do paciente associadas às práticas de enfermagem: análise em diferentes cenários de atuação” e submetido à análise do Conselho Diretor, da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (ANEXO B). Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, sendo atendidas todas as orientações da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/12 (BRASIL, 2013b), Parecer n. 2.448.216/2017 (ANEXO C).

Resultados

6 RESULTADOS

Os dados descritos sobre estrutura e funcionamento do Núcleo de Segurança do Paciente e os resultados obtidos por meio das fontes de dados estão apresentados em três categorias em conformidade com as dimensões de qualidade proposta por Donabedian (1988): 1. Estrutura do núcleo de segurança do paciente; 2. Processo de notificação de eventos adversos pelos enfermeiros e 3. Eventos adversos notificados pelos profissionais de saúde.

6.1 Estrutura do Núcleo de Segurança do Paciente

Essa categoria descreve a estrutura e organização do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) do hospital.

O NSP tem como objetivo alcançar as Seis Metas de Segurança do Paciente instituída pela Organização Mundial de Saúde e proposta pelo Ministério da Saúde por meio da implantação de seis protocolos: identificação do paciente, práticas de higiene das mãos, cirurgia segura, prevenção de quedas, segurança na prescrição e de uso e administração de medicamentos e lesão por pressão (BRASIL, 2013a).

Uma das funções do NSP é realizar o processo de gerenciamento de riscos no hospital, através do mapeamento e identificação, notificação e avaliação das ações para controle e comunicação desses riscos em todas as unidades do hospital (BRASIL, 2016).

A estrutura organizacional do NSP está composta por 19 representantes e seus respectivos suplentes, de diversas categorias profissionais e distribuídas por função de acordo (Figura 2). Além disso, existe um núcleo executor composto por dois enfermeiros e dois farmacêuticos.

Quanto ao planejamento funcional, o Núcleo desenvolve anualmente um Plano de Segurança do Paciente, onde na programação do ano de 2018 o objetivo principal é implementar as ações de segurança do paciente por meio de atividades de educação continuada sistematizada para todos os profissionais, implantar e monitorar os protocolos de segurança do paciente, estimular ações de gerenciamento de riscos e acompanhar os indicadores de qualidade, além de

promover a integração de ações entre as unidades de vigilância e demais unidades clínicas assistenciais.



Figura 2 – Organograma do Núcleo de Segurança do Paciente.

Fonte: NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE HC-UFG-EBSERH, 2018.

Como estratégias para o alcance dos objetivos e planejamento consta que o NSP realiza reuniões mensais e extraordinárias da equipe, participa ativamente do planejamento estratégico do hospital e realiza busca ativa de ações voltadas para a segurança do paciente, inclusive é responsável por repassar o registro das notificações de eventos adversos para o Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária (NOTIVISA).

Na instituição, a ferramenta utilizada para a notificação dos incidentes é o VIGIHOSP, sistema de vigilância hospitalar que tem como finalidade armazenar e analisar os dados produzindo indicadores de resultados de eventos ocorridos no contexto das práticas assistenciais nas unidades clínicas. Os resultados da análise dos indicadores servem para agilizar as medidas para resolução de problemas ocorridos no hospital ao facilitar o processo de tomada de decisão e as ações para melhoria da qualidade dos serviços prestados aos pacientes. Através dessa interface online, busca-se aumentar a adesão dos profissionais quanto à notificação de incidentes ocorridos em suas unidades de trabalho, uma vez que possa ser realizada

de forma eficaz e anônima e, a partir disso, seja avaliada e resolvida o mais rápido possível pelo núcleo de segurança do paciente.

6.2 Processo de notificação de eventos adversos pelos enfermeiros

Para a abordagem do processo de notificação iniciamos pela contextualização da população do estudo e caracterização das unidades clínicas de atuação desses profissionais.

A população do estudo foi constituída por 101 enfermeiros, mas participaram da pesquisa 60 enfermeiros atuantes na função assistencial e na liderança das unidades clínicas do hospital e que obedeceram aos critérios de inclusão.

A caracterização do perfil sócio profissional e da dos enfermeiros consta na Tabela 1.

6.2.1 Caracterização dos enfermeiros

A maioria dos enfermeiros entrevistados 57 (95%) pertenceu ao sexo feminino, e 36 (60%) possuíam até 40 anos de idade. Sobre o tempo de formação profissional, a mesma porcentagem dos enfermeiros possuía mais de dez anos de formação e de atuação profissional.

Com relação ao tempo de atuação no hospital, 29(48,3%) dos enfermeiros possuíam menos de cinco anos de atuação na instituição, que corresponde ao processo de seleção de recursos humanos recente, advindos da nova gestão do hospital ocorrida em 2014.

Sobre o turno de trabalho dos entrevistados, é importante destacar que 28 (46,6%) dos enfermeiros atuavam no período noturno ou turno misto (diurno e noturno), onde, 46,6% dos profissionais também possuíam mais de um vínculo empregatício e o mesmo percentual trabalhava mais de 40 horas por semana.

Tabela 1 – Caracterização do perfil sócio profissional de enfermeiros das unidades clínicas de um hospital de ensino de Goiânia, GO. 2018.

CARACTERIZAÇÃO PROFISSIONAL	N	%
SEXO		
Feminino	57	95,0
Masculino	03	5,0
IDADE		
20 a 30 anos	13	21,7
31 a 40 anos	23	38,3
41 a 50 anos	13	21,7
> 50 anos	11	18,3
TEMPO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL		
< 5anos	06	10,0
5 a 10 anos	18	30,0
> 10 anos	36	60,0
TEMPO DE ATUAÇÃO PROFISSIONAL		
< 5anos	09	15,0
5 a 10 anos	15	25,0
> 10 anos	36	60,0
TEMPO DE ATUAÇÃO NA INSTITUIÇÃO		
< 5anos	29	48,3
5 a 10 anos	02	3,3
> 10 anos	29	48,4
TURNO DE TRABALHO		
Diurno	32	53,33
Noturno	23	38,33
Misto	05	8,33
OUTRO VÍNCULO EMPREGATÍCIO		
Sim	28	46,7
Não	32	53,3
CARGA HORÁRIA TOTAL		
30 horas	14	23,4
36 horas	18	30,0
Entre 40 e 60 horas	20	33,3
> 60 horas	08	13,3

Fonte: Elaborada pela Autora, 2018.

Na Tabela 2, estão demonstradas as Unidades Clínicas do Hospital onde os enfermeiros atuavam.

As unidades de Clínica Cirúrgica e Clínica Médica concentraram o maior número de enfermeiros entrevistados, correspondendo às unidades com maior número de leitos de internação, o que justifica o maior quantitativo desses profissionais.

Quando à realização de algum curso de qualificação ou aperfeiçoamento profissional 33 (55%) enfermeiros não realizaram e 27 (45%) responderam afirmativamente.

Dentre os cursos foram citados: mestrado, doutorado, especializações em diversas áreas como UTI, controle de infecção e saúde do trabalhador.

Tabela 2 – Caracterização das unidades clínicas de atuação dos enfermeiros de um hospital de ensino de Goiânia, GO. 2018

UNIDADE HOSPITALAR	N	%
Clínica Cirúrgica	11	18,4
Clínica Médica	11	18,4
Clínica Tropical	06	10,0
UTI Neonatal	06	10,0
Maternidade	05	8,3
Pronto Socorro Adulto	05	8,3
Pronto Socorro Pediátrico – SERUPE	05	8,3
Pediatria	03	5,0
UTI Cirúrgica	03	5,0
UTI Médica	03	5,0
Clínica Ortopédica	02	3,3
Total	60	100

Fonte: Elaborada pela Autora, 2018.

Quanto à realização de curso sobre a segurança do paciente 33 (55%) responderam negativamente e 27(45%) afirmaram ter feito algum curso sobre essa temática.

Portanto, 55% dos enfermeiros, mais da metade dos entrevistados, não realizaram ou estão realizando algum curso de qualificação ou aperfeiçoamento profissional e nem relacionado à temática de segurança do paciente.

6.2.2 O processo de notificação de eventos adversos

Da análise qualitativa dos relatos dos participantes emergiram três categorias temáticas: O Saber do Enfermeiro; O Fazer do Enfermeiro e Fatores intervenientes para a notificação de eventos adversos.

6.2.2.1 O saber do enfermeiro

Essa categoria descreve o conhecimento dos enfermeiros sobre os termos segurança do paciente e eventos adversos e as atividades relacionadas a essa temática.

As falas demonstram que os enfermeiros possuem algum entendimento sobre o significado do termo evento adverso:

“Evento adverso é quando tem uma consequência ou complicação relacionada a algum cuidado que você prestou ao paciente” (E2),

“Evento adverso é qualquer tipo de evento relacionado à assistência à saúde que vai acarretar em algum prejuízo ao paciente ou risco de morte. Alguma coisa que não estava prevista para o paciente, alguma intercorrência” (E16),

“É um incidente com dano” (E51),

“Evento adverso é um evento que acontece e causa dano parcial, temporário e até mesmo a morte de um paciente” (E55) e

“Quando ocorre um evento indesejado com paciente” (E58).

Entretanto, alguns relatos mostram o entendimento dos enfermeiros quanto à relação do evento adverso com reações inesperadas decorrentes do cuidado, mas apresentam dúvidas quanto às terminologias relacionadas aos eventos com danos.

Evento adverso é alguma ação fora do esperado que acontece com o paciente, seja no procedimento, alguma queda, alguma coisa que acontece durante a assistência que pode ou não causar o dano ao paciente. Eu lembro que tem o erro, o evento adverso e o incidente. Eu não lembro muito bem qual a diferença e qual que causa dano ou não (E5)

Evento adverso é quando o paciente tem alguma reação a alguma medicação (E30).

Quando questionados sobre os eventos adversos presenciados nas unidades em que trabalham, os enfermeiros relataram com maior frequência os eventos relacionados à medicação, quedas, cateteres e sondas, como mostram as falas a seguir:

Sim, já ocorreram quedas. O paciente foi no banheiro e caiu. Às vezes o funcionário faz dose errada de medicação. Basicamente o que eu vejo mais é a parte de quedas e medicação (E5).

Já ocorreram inúmeros eventos adversos. Medicação com diluição errada, prescrição médica com equívocos (E7).

Vários. Já houve troca de medicação, extubação acidental, saída de sonda, saída de cateter venoso, queda, tanta coisa. Eu já presenciei por parte de outras equipes: Pneumotórax, por conta de acesso central. Trauma uretral já presenciei por conta da sondagem de demora que insuflou o balonete na uretra do paciente (E16).

Inúmeros. Retirada de sonda, retirada de dreno, extubação do paciente, bronco aspiração, erros com a prescrição, erros com a administração de medicamento (E36).

Em relação ao entendimento sobre segurança do paciente, vários relatos confirmaram que os enfermeiros compreendem o seu significado:

Um conjunto de medidas adaptadas visando à diminuição ou a cessação de eventos adversos relacionados ao cuidado com o paciente (E1).

Minimizar os riscos e agravos e danos ao paciente (E4).

Segurança do Paciente é uma cultura institucional em que se faz ações dirigidas para que não se cause danos ao paciente, nenhum evento adverso, nada que cause algum malefício para ele durante a internação (E5).

São normas e rotinas que a gente tem que estabelecer na unidade e controlar ao ponto de garantir que a gente não lese ou prejudique a saúde do paciente (E29).

Ações que englobam a prevenção de um evento adverso, minimizar riscos de incidentes e erros que possam causar danos ao paciente (E56).

As ações relacionadas à segurança do paciente existem e estão demonstradas nas seguintes falas dos participantes:

A gente faz as prescrições de enfermagem para orientar e diminuir a ocorrência de eventos adversos. A gente prescreve grades e cabeceira elevada, cuidados na deambulação do paciente, verificação de aprazamento de acessos venosos e periodicidade de troca, prevenção de lesões por pressão que também são consideradas eventos adversos, mudança de decúbito. Notificação. Identificação do evento de adverso, tomada de condutas clínicas, tomada de condutas relacionadas ao cuidado (E1).

Em termo de segurança do paciente, a questão da checagem de medicamento, se tá correto ou se não tá, administração no horário correto, as doses se estão corretas, os próprios cuidados na prevenção de infecção, cuidados com cateter, cuidados com sonda, cateteres em geral; atender as necessidades dos pacientes, fazer a avaliação dos riscos, tanto para queda, quanto para lesão por pressão; a questão da identificação do paciente, checar se realmente o paciente é um paciente que está tomando essa droga, todo cuidado que a gente faz é visando a segurança do paciente (E51).

Os enfermeiros também foram abordados em relação à punição dos envolvidos na ocorrência de eventos adversos e a maioria relatou desconhecimento quanto a qualquer tipo de punição e entende que a identificação do evento adverso é utilizada com fins educativos.

A gente tenta não punir para que esse profissional nas próximas vezes não se envergonhe ou fique tímido em falar o que aconteceu. Mas tentar buscar a causa do porque ele fez isso para que não

aconteça mais. Mas a atitude de punição é algo que não acontece (E5).

Não jamais, eu acho que nem é essa a política da instituição. Não é isso não, é prevenir e fazer os planos de ações para melhorar. Vê onde está errando e o que se pode fazer para prevenir. É nesse intuito que se resume as notificações (E47).

Não de forma alguma. A notificação é para evitar que ela ocorra novamente, para prevenir novos erros, novos danos. Mas de forma punitiva não (E48).

A partir do momento que você faz uma instrução para este profissional e você apoia no sentido de não punir, não castigar, você cria um clima propício, até para acolher e entender o porque. Eu acho que isso faz com que diminua o evento adverso (E59).

Entretanto, alguns enfermeiros demonstraram medo das consequências do erro, concordam com a punição do responsável por erros mais graves e entendem que a notificação poderá ser uma forma de diminuir a ocorrência de erros:

Eu acho que tem que gerar sim (punição), dependendo do evento, um erro mais grave (E7).

Mas quando ele (erro) acontece geralmente a própria equipe tenta se unir e ficar quieto. Porque se nós colocarmos para frente, você desestimula o próprio profissional. Já que às vezes a iatrogenia acontece com o profissional que é bom de serviço, né? (E25).

Sim. Culturalmente você tem medo daquilo que vai te expor ou que vai causar algum dano, que você vai ser mal visto, que você vai ter uma punição, que você vai ficar sob os olhares das pessoas. Então, a partir do momento que há notificação, aquela pessoa vai ter mais cuidado (E53).

6.2.2.2 O fazer do enfermeiro

Nessa categoria são apresentados os relatos sobre as condutas adotadas pelos enfermeiros diante da ocorrência de eventos adversos e as consequências desses eventos:

A primeira conduta que eu tomo quando ocorre o evento é avaliar qual o risco que aquilo implica, risco de alguma lesão ou sequela. A partir daí eu comunico a equipe médica para saber o que pode ser feito para resolver aquela situação e não ter um dano tão grande para o paciente. Eu também oriento a minha equipe, faço as orientações para aquilo não se repetir. Oriento o paciente também (E16).

Independentemente do tipo do evento adverso a gente notifica. A gente tem o VIGIHOSP, sistema de notificação de eventos adversos aqui no hospital. Se a gente identificou um evento adverso, ele é notificado. Se ele causar danos ao paciente, dependendo do dano a

gente também avisa o médico plantonista, porque se for coisa mais séria para a gente tentar reverter ou causar menos prejuízo para esse paciente (E48).

Depende da natureza do evento adverso, geralmente minimizando os efeitos ao paciente, diminuindo o risco e se tiver um sistema de notificação, notificando. Mas geralmente existe um Núcleo de Segurança do Paciente (E39).

Quanto à existência de reunião dos profissionais após ocorrência de algum evento, os participantes relataram que ocorre, mas não de forma rotineira e com todos da equipe como forma de orientação. Há relatos que afirmam ocorrer alguma conversa entre os profissionais, porém na maioria das vezes, de modo informal, na própria unidade ou de modo pontual:

Geralmente eu discuto com a equipe que está no plantão. Mas no geral não, alguma coisa vinda da gerência ou de outros órgãos internos, que eu saiba não (E16).

Nada formal. Nas reuniões de equipe, às vezes a gente conversa, conversa de corredor que a gente passa um para o outro, passa para o chefe o ocorrido ou entre a equipe mesmo, mas nunca tivemos um momento de sentar e discutir os casos (E21).

Geralmente a gente trabalha em reunião, conversa com as enfermeiras, aí a gente trabalha com treinamento, faz treinamento nos turnos, educação continuada com as técnicas. É uma rotina, a gente pega os principais temas que a gente percebe que precisa desenvolver mais e tenta trabalhar essa questão (E29).

Não. O único evento que discuti até hoje foi um caso grave que teve extravasamento de dobuta (dobutamina) e teve necrose no membro (E11).

Por outro lado, algumas falas revelam ausência de alguma orientação ou conversa após ocorrência de um evento adverso:

É muito diversificada esse tipo de conduta. Acredito que os outros enfermeiros já tiveram eventos adversos e não teve a oportunidade de conversar por falta de debate ou reunião em conjunto (E14).

Nunca vi nenhum tipo de discussão sobre como evitar eventos, já vi discussões de como aconteceu. Tipo investigação, mas não como evitar (E17).

As entrevistas também revelaram a opinião dos enfermeiros em relação à orientação sobre evento adverso e segurança do paciente e que os mesmos podem gerar mudanças positivas na assistência, conforme as falas a seguir:

Leva a mudanças positivas. Eu acho que isso deveria ser feito mais vezes (E14).

Agora eu acho que sim. Mas nunca teve resultado, nunca levou em consideração o dano. Agora nós temos esperança que ocorra sim. Eu acho que a própria criação do Núcleo de Segurança do Paciente já é um avanço muito grande. Agora nós esperamos que isso venha a ter resultados (E19).

Sim. Antes quando eu entrei aqui não tinha protocolo de troca de acesso venoso, hoje são 96 horas, já é uma mudança positiva. Não tinha aquelas plaquinhas para identificar o risco de queda, risco de lesão por pressão nos leitos (E20).

Eu não sei quanto tempo o VIGIHOSP está funcionando, eu acho que em longo prazo a gente pode ver essas melhorias, mas até agora eu não tenho visto grandes mudanças (E41).

Sobre a conduta dos profissionais em notificar o evento adverso ocorrido, as falas dos enfermeiros revelam várias realidades de acordo com as especificidades do plantão em que o EA ocorreu ou de rotinas de cada unidade de trabalho:

Na maioria das vezes a gente acaba registrando no nosso relatório, porque às vezes não dá tempo de fazer um memorando, anotar no prontuário do paciente, portanto na maioria das vezes a gente anota no relatório. Há pouco tempo tem o VIGIHOSP, mas ele ainda é pouco usado de modo geral (E2).

Eu nunca notifiquei nenhum evento. Aqui a gente tem uma líder que todos os dias pela manhã olham esses registros e faz as notificações no VIGIHOSP (E7).

Eu nunca notifiquei um evento desses, infelizmente não dá tempo. É uma clínica que é pesada e fica somente uma enfermeira à noite. Mas existe o VIGHOSP que a gente pode notificar e existe a notificação escrita que fica dentro do armário junto com as outras notificações (E12).

Eu aprendi anotar no VIGHOSP. Antigamente não tinha o VIGHOSP e era complicado, pois a gente tinha que identificar no papel e assinar. No VIGHOSP não precisa identificar e eu procuro anotar ali. Eu vou lá em segredo e notifico porque não precisa se identificar (E14).

“Na verdade, eu acho que existe um sistema para isso, um sistema interno. Na verdade, não tem essa cobrança e a gente acaba não fazendo essa notificação” (E22).

Eles são registrados na sistemática da nossa evolução, mas assim oficialmente tem registro não. Sabemos que existe (VIGIHOSP), mas ele não foi incorporado a nossa dinâmica (E26)

Eu acho que são mais subnotificados (E52).

Eu sei que no programa do hospital tem um local onde a gente pode acessar e fazer a notificação. Mas eu quero deixar claro que poucas pessoas fazem isso. Não que esteja gerando provas contra você,

mas é muito chato, eu acho que a gente não tem cultura suficiente para fazer isso (E53).

6.2.2.3 Fatores intervenientes para a notificação de eventos adversos

Nessa categoria são abordados os principais quesitos que influenciam na notificação dos eventos adversos no hospital em estudo. Um fator essencial para se notificar um evento é o profissional ser orientado e ensinado a realizar essa tarefa. Nesse sentido, os entrevistados apresentam relatos divergentes sobre a participação no processo de treinamento para uso do programa de notificações de eventos no hospital:

Uma capacitação oficial não. Mas foi explicado pelo pessoal da segurança do paciente, como funcionava o sistema. Eles mostraram para os profissionais enfermeiros como era a utilização do sistema (E1).

Parece que é uma coisa tranquila. Disseram que se você souber os passos, você consegue entrar, imprimir, sem grande burocracia. Mas eu particularmente nunca tive nenhuma capacitação e não sei fazer o procedimento (E8).

Foi bem individualizado, não foram todas as pessoas que receberam. Participei quando começou, faz um tempinho, depois não teve nenhum tipo de atualização, mas me foi ensinado a fazer (E10).

Teve e participei. Inclusive o pessoal da vigilância sentou com cada enfermeiro, com cada pessoa, abriu o sistema e explicou (E16).

Não, a gente aprendeu sozinha (E36).

Nós recebemos. Eles passaram e grudaram esse endereço (do VIGIHOSP) em todos os computadores. Orientaram, divulgaram, teve aula, teve educação continuada sobre isso, principalmente quando instituiu os protocolos (E47).

Independente de capacitação é necessário avaliar o nível de aprendizado do profissional acerca do programa de notificação vigente e se ele está apto a realizar essas notificações. Os relatos a seguir mostram essa realidade:

Tem algumas coisas que eu não sei enquadrar corretamente, às vezes tem algumas opções que às vezes não tem e a gente não consegue encaixar na opção disponível no sistema (E6).

Como sistema eu acho complexo. Será que eu preencho esse campo ou não? Não me sinto preparada (E11).

Eu acho que ainda falta um pouco de conhecimento, de saber onde procurar, tipo no computador ou alguma coisa que a gente possa acessar mais rápido e preencher (E13).

Não eu nunca tive nenhum problema em utilizar ou VIGHOSP. Utilizo tranquilamente (E17).

Não, notificar é só seguir o passo a passo, preencher todos os campos, então não vejo dificuldade nenhuma em preencher (E40).

Eu não acho difícil notificar. O sistema é bem direcionado. Você vai fazendo e o sistema vai direcionado até terminar. É uma coisa mais prática (E48).

Os participantes revelaram desconhecer parte do fluxo dessas notificações via sistema e ainda enfatizam a necessidade de se obter um retorno sobre o evento notificado:

Duas vezes que eu fiz eu sempre me identifiquei, tem a opção de colocar para não se identificar, eu sempre notifiquei, mas nunca tive. Nunca acompanhei nunca tive retorno (E2).

Eu acho que a notificação é importante para gerar ações. Por exemplo, mesmo que a gente crie a cultura de sempre colocar as coisas que estão acontecendo no sistema e eu não ter nenhum retorno quanto a isso, acaba que a pessoa não tem a motivação para notificar (E6).

Não. Eu só sei que ela (Notificação) gera número de registro que você pode acompanhar tudo que está sendo feito nessas notificações, mas não tem retorno (E24).

Eu sei que o pessoal lá da segurança do paciente verifica os que tiveram danos e os que não tiveram danos, me parece que vão para a ANVISA, acho que é isso (E36).

Não. Tudo o que eu sei é que eu posso receber por e-mail com um protocolo, e que eu posso acompanhar o que aconteceu, as medidas que foram tomadas. Uma vez a enfermeira do Núcleo de Segurança do Paciente me procurou e informou que tinha recebido a notificação e que estavam tomando as medidas pertinentes ao caso (E43).

Essa notificação sai daqui e vai para o Núcleo de Segurança do Paciente e ele avalia, verifica se realmente foi um evento adverso com dano ou se foi um incidente ou se foi um quase erro. E aqueles eventos adversos eles notificam no site da ANVISA, que tem o NOTIVISA. Todas essas notificações geram uma ação junto ao Núcleo de Segurança do Paciente para prevenir a ocorrência de novos erros. Na prática isso ainda está muito falho dentro do serviço de saúde. Eu recebo esse retorno porque eu sou da segurança do paciente. Estão diretamente me dando esse retorno assim, não (E51).

Aqui no hospital, umas três vezes, a gente fez notificação de material hospitalar e até hoje não recebi retorno (E55).

Pelas falas dos enfermeiros, foi possível pontuar as dificuldades e facilidades nesse processo de notificação de eventos do hospital. As dificuldades estão descritas abaixo:

A principal dificuldade que vejo é a falta de tempo que a gente tem para fazer isso. Então às vezes o evento adverso acontece e a gente está mais preocupada em tomar uma atitude para que o paciente não tenha um dano. E acaba que essa parte administrativa, normativa fica de lado. Fica mais a parte assistencial mesmo (E5).

Disponibilidade de funcionários para estar notificando (E9).

Porque não são todas as pessoas que têm a facilidade de acessar o computador (E10).

Para ser franco eu acho demorado. Você abre o sistema e são muitas perguntas relacionadas ao que aconteceu e muitas vezes você perde a oportunidade de notificar porque você está em um plantão corrido. Tantas coisas imediatas para você resolver e você não tem aquele tempo de sentar na frente do computador e colocar todos os itens que pede lá. De repente veio como intuito de informatizar como facilidade. Mas eu acho que poderia ser uma coisa, mas sucinta (E16).

O sistema pede muitos dados que às vezes dificulta um pouco a notificação (E21).

Porque a gente tem um computador só, né? Então é o que a gente usa ali. O secretário usa, a enfermagem toda usa, até os médicos. Então assim, se você for e às vezes está ocupado e você tem que voltar depois para notificar e o plantão corre e você esquece (E33).

Resistência das pessoas, isso a gente tem. A pessoa pensa que notificar vai prejudicar alguém, o colega (E45).

As facilidades para notificação dos eventos se resumiram na disponibilidade do programa, como mostra as falas dos entrevistados:

Eu acho que a facilidade é ter o VIGIHOSP de forma informatizada (E2).

O fato de termos sistema é rápido, prático, qualquer pessoa consegue fazer (E24).

O sistema eu acho que é uma facilidade porque ele está disponível por 24 horas. A gente tem os terminais do computador para usar e ele é fácil de mexer, é autoexplicativo (E35).

Um dado relevante é que todos os participantes concordaram que é de grande importância notificar a ocorrência de um evento adverso. Os dados gerados são essenciais para se construir um diagnóstico sobre a situação e assim, promover medidas de prevenção de novos eventos, como relatado a seguir:

Ao verificar as fragilidades há necessidade de reforço das medidas de segurança do paciente, reforço das orientações e reuniões (E1).

As notificações dos eventos adversos são importantes sim porque permitem fazer um levantamento de dados das ocorrências e adotar medidas educativas, estratégicas para evitar novos eventos adversos (E4).

Porque é uma forma que tem de melhorar a qualidade do serviço. Porque um erro cometido se ele passar em branco, vai ser cometido novamente (E7).

Importante eu acho que é demais. Não a questão punitiva, mas para que isso não venha acontecer com outros pacientes (E19).

Sim, porque a gente acaba sabendo o que mais acontece no hospital e na nossa unidade e assim, a gente pode trabalhar mais em cima do que mais acontece, né? (E22).

Sim, porque ela pode gerar mudança de comportamento e desenvolver uma cultura de segurança do paciente dentro dos serviços de saúde (E51).

Os dados quantitativos decorrentes do registro de notificação de eventos adversos inseridos no sistema VIGIHOSP do hospital foram analisados e comparados às características sócio profissionais dos enfermeiros participantes da pesquisa.

6.2.3 Relação das notificações de incidentes x Perfil dos Enfermeiros

Nesse item foram analisados os dados referentes às características dos eventos adversos notificados através do sistema do hospital em estudo, VIGIHOSP e as características dos enfermeiros entrevistados.

Quanto à relação das características dos participantes com a ação de notificação de eventos adversos foi demonstrada na Tabela 3.

A análise da Tabela 3 evidenciou a relação entre a presença de notificação de eventos adversos e ter recebido capacitação acerca do sistema informatizado do hospital, o VIGIHOSP, de modo que para os indivíduos que não receberam capacitação do VIGIHOSP a frequência de notificação é menor ($p=0,04$).

Houve tendência de menor frequência de notificação quando o profissional tinha mais de um vínculo empregatício ($p=0,06$) e naqueles com cargas horárias mais altas ($p=0,07$).

Por outro lado, não foram encontradas relações entre tempo de formação, turno de trabalho e qualificação profissional ($p>0,05$).

Tabela 3 - Relação entre as características sócio profissionais e a frequência de notificação de eventos adversos pelos enfermeiros no VIGIHOSP de um hospital de ensino. Goiânia, GO. 2018.

	TOTAL N=60	NÃO NOTIFICA 31(51,7%)	NOTIFICA 29(48,3%)	P- VALOR
TEMPO DE FORMAÇÃO				1,00
< 5 anos	06(10,0)	03(9,7)	03(10,3)	
5-10 anos	18(30,0)	09(29,0)	09(31,0)	
>10 anos	36(60,0)	19(61,3)	17(58,7)	
MAIS DE UM VÍNCULO EMPREGATÍCIO				0,06
Não	32(53,4)	13(42,0)	19(65,5)	
Sim	28(46,6)	18(58,0)	10(34,5)	
CARGA HORÁRIA SEMANAL				0,07
30 horas	14(23,3)	03(9,7)	11(37,9)	
36 horas	18(30,0)	10(32,3)	08(27,6)	
40-60 horas	20(33,4)	13(41,8)	07(24,2)	
>60 horas	8(10,3)	05(16,2)	03(10,3)	
TURNO DE TRABALHO				0,11
Diurno	32(53,4)	13(42,0)	19(65,5)	
Misto	05(8,2)	02(6,4)	03(10,4)	
Noturno	23(38,4)	16(51,6)	07(24,1)	
CURSO DE SEGURANÇA DO PACIENTE				0,41
Não	33(55,0)	18(58,0)	15(51,8)	
Sim	27(45,0)	13(42,0)	14(48,2)	
QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL				0,59
Não	33(55,0)	17(54,8)	16(55,2)	
Sim	27(45,0)	14(45,2)	13(44,8)	
CAPACITAÇÃO DO VIGIHOSP				0,04
Não	48(80,0)	28(90,4)	20(69,0)	
Sim	12(20,0)	03(9,6)	09(31,0)	

Fonte: Elaborada pela Autora, 2018.

Nota: dados apresentados em valores absolutos (n) e relativos (%).

Valor-p: teste exato de Fisher com 5% de nível de significância.

6.3 Resultados dos eventos adversos notificados pelos profissionais de saúde

Os resultados dos eventos adversos notificados pela equipe multiprofissional no período de 01 de janeiro de 2016 a 31 de dezembro de 2017, totalizaram 2495 notificações (Tabela 4). Quanto ao tipo de incidente notificado, a categoria cirurgias foi a que apresentou maior número de notificações com 1512 (60,6%) incidentes. Fato que pode ser explicado pela rotina de notificações diárias no centro cirúrgico (CC) sendo a maioria dessas notificações relacionadas ao cancelamento de cirurgias.

Na segunda posição foi destacada a categoria medicamentos, que apresentou 582 (23,3%) notificações durante o período. A categoria relacionada como outros

apresentou 112(4,4%) de notificações. Sobre esse índice é vale ressaltar que foi reclassificado, uma vez que existiam vários incidentes relacionados a medicações, cateteres, riscos de infecção e extubação acidental nessa categoria.

Tabela 4 – Categorias dos incidentes notificados no VIGIHOSP de um hospital de ensino nos anos de 2016 e 2017. Goiânia, GO. 2018

INCIDENTES	N	%
Cirurgias	1512	60,6
Medicamentos	582	23,3
Queda	53	2,1
Desabastecimento de produto para saúde	52	2,1
Artigo médico-hospitalar	43	1,7
Identificação do paciente	34	1,3
Sangue e hemocomponentes	22	0,9
Perda de cateter	18	0,7
Lesões de pele	15	0,6
Equipamento médico-hospitalar	11	0,4
Erro de Diagnóstico	02	0,1
Extubação acidental	11	0,4
Flebite	11	0,4
Infecção relacionada a assistência em saúde	10	0,4
Terapia nutricional	07	0,2
Outros	112	4,4
TOTAL	2495	100,0

Fonte: VIGIHOSP-HC-UFG-EBSERH, 2018.

As unidades hospitalares onde ocorreram os incidentes notificados constam na Tabela 5.

Tabela 5 - Unidades clínicas que notificaram incidentes no VIGIHOSP de um hospital de ensino nos anos de 2016 e 2017. Goiânia, GO. 2018

UNIDADES CLÍNICAS	N	%
Centro cirúrgico	1512	60,6
Farmácia	504	20,2
Não informado/ outros	188	7,5
Clínica Médica	53	2,1
Clínica Cirúrgica	51	2,0
Clínica Tropical	43	1,7
UTI Cirúrgica	25	1,0
Pronto Socorro	18	0,7
Serupe	16	0,6
Laboratório clínico	14	0,5
Maternidade	13	0,5
UTI Médica	13	0,5
Vigilância em Saúde	13	0,5
Ambulatórios	09	0,3
Clínica Ortopédica	07	0,2
Pediatria	07	0,2
UTI Neonatal	07	0,2
Banco de Sangue	02	0,1
TOTAL	2495	100,0

Fonte: VIGIHOSP-HC-UFG-EBSERH, 2018.

O Centro Cirúrgico prevaleceu como o setor que mais notificou incidente, tendo apresentado 1512 (60,6%) notificações. O setor de farmácia ficou com a segunda colocação com 504 (20,2%) incidentes notificados.

Quanto à categoria profissional que notificou os incidentes, os dados estão demonstrados na Tabela 6.

Tabela 6 – Categorias profissionais que notificaram incidentes no VIGIHOSP de um hospital de ensino nos anos de 2016 e 2017. Goiânia, GO. 2018.

CATEGORIAS PROFISSIONAIS	N	%
Assistente administrativo	1772	71,0
Farmacêutico	305	12,2
Enfermeiro	277	11,1
Estudante/ Residente	51	2,0
Auxiliar/ Técnico de Enfermagem	25	1,0
Não identificados	19	0,7
Auxiliar/Técnico de farmácia	09	0,3
Médico	08	0,3
Assistente social	07	0,2
Administrador	05	0,2
Analista de tecnologia da informação	04	0,1
Biomédico	04	0,1
Fonoaudiólogo	03	0,1
Nutricionista	03	0,1
Fisioterapeuta	02	0,1
Psicólogo	01	0,1
TOTAL	2495	100,0

Fonte: VIGIHOSP-HC-UFG-EBSERH, 2018.

Conforme a Tabela 6, os assistentes administrativos lideraram com 1772 (71,0%) de notificações de incidentes. Isso pode ser explicado pelo fato de que esses profissionais exercem o cargo de secretários nas várias unidades hospitalares e são encarregados, como função rotineira, de notificarem os incidentes ocorridos nessas clínicas.

O farmacêutico se destacou em relação à notificação de incidentes, com 305 (12,2%), dado que corrobora com o alto índice de notificações de incidentes relacionados a medicamentos. Na mesma posição, tivemos a equipe de enfermagem, auxiliares/ técnicos e enfermeiros, com atuação importante uma vez que notificou 302 (12,1%) incidentes.

Outras categorias profissionais tiveram índices de notificações de incidentes estatisticamente baixos, o que leva a inferir uma tendência da responsabilidade de notificação estar associada a alguns profissionais específicos e não à equipe multiprofissional.

Os procedimentos cirúrgicos computaram grande quantitativo de notificações. Os motivos estão detalhados na Tabela 7.

Tabela 7 - Motivos de incidentes notificados no VIGIHOSP de um hospital de ensino relacionados a cirurgias, nos anos de 2016 e 2017. Goiânia, GO, 2018.

Váriaveis	N	%
CANCELAMENTO DE CIRURGIAS		
Paciente não compareceu/ recusou procedimento	350	23,1
Falta de estrutura (material/ sala/ UTI)	279	18,4
Paciente sem condições clínicas	228	15,0
Pré-operatório inadequado	150	9,9
Paciente já realizou procedimento	132	8,7
Avaliação prévia do paciente	112	7,4
Falta de membro na equipe	65	4,3
Cirurgia remarcada/ substituída	56	3,7
Atraso da cirurgia anterior	41	2,7
Cirurgia substituída por urgência	38	2,5
Falta de sangue e hemocomponentes	12	0,8
Sem justificativa	12	0,8
Falha do equipamento/material	11	0,7
Óbito	03	0,2
Alergia ao contraste iodado	01	0,1
Subtotal	1490	98,6
OUTROS MOTIVOS		
Cirurgia realizada sem staff	08	0,5
Não seguiu protocolo de cirurgia segura	06	0,4
Risco de infecção	04	0,2
Queimadura	03	0,2
Falha do equipamento/ material	01	0,1
Subtotal	22	1,4
TOTAL	1512	100,0

Fonte: VIGIHOSP-HC-UFG-EBSERH, 2018.

Quanto ao tipo de incidente, 1490 (98,6%) foram cancelamentos de cirurgias, um número muito alto para um período de tempo de apenas dois anos. Ao se atentar para as causas, 350 (23,5%) foram canceladas porque o paciente não compareceu

ao centro cirúrgico ou recusou o procedimento na recepção do Centro Cirúrgico, um problema que pode estar relacionado a planejamento inadequado das cirurgias.

Outro dado a destacar se refere a estrutura que ocasionou 279 (18,7%) cancelamentos de cirurgias por falta de materiais, de salas de cirurgias disponíveis e/ou Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para o paciente realizar o pós-operatório.

Ainda na Tabela 7, constam 22 notificações de incidentes por outros motivos, ocorridos durante a cirurgia, todas elas foram notificadas pelo enfermeiro, evidenciando o importante papel que esse profissional exerce na identificação do erro. Vale ressaltar que foram notificadas a realização de oito cirurgias sem a presença do Staff (médico assistente), fato que oferece riscos ao paciente já que a cirurgia foi realizada somente por médicos residentes, ou seja, estudantes que estão em período de aprendizado e necessitam de acompanhamento do preceptor.

A Tabela 8 apresenta os tipos de incidentes notificados e relacionados a medicamentos.

Tabela 8 - Caracterização dos incidentes notificados no VIGIHOSP de um hospital de ensino relacionados a medicamentos, nos anos de 2016 e 2017. Goiânia, GO. 2018.

INCIDENTES RELACIONADOS A MEDICAMENTOS	N	%
Erros de Prescrição	360	61,8
Erros de Dispensação	161	27,6
Desvio de Qualidade	21	3,6
Outros	16	2,7
Erros de Administração	9	1,5
Reação Adversa	8	1,3
Informação Insuficiente	7	1,2
TOTAL	582	100,0

Fonte: VIGIHOSP-HC-UFG-EBSERH, 2018.

Os erros de prescrição representam quase 62% do total de incidentes relacionados a medicamentos, portanto, é importante salientar que como o hospital em estudo é um hospital escola, onde os prescritores estão em constante processo de aprendizado é necessário sempre reforçar as boas práticas envolvendo a prescrição de medicamentos.

Os erros de dispensação de medicamentos correspondem a quase 30% dos incidentes dessa categoria e reafirma a necessidade de revisão no sistema de liberação de medicamentos do hospital.

A Tabela 9 apresenta os incidentes notificados no sistema VIGIHOSP e classificados como outros.

Nesse item os incidentes notificados favorecem o risco de erro durante a assistência e se relacionam com a estrutura física, recursos humanos, rouparia, materiais e equipamentos.

Tabela 9 - Incidentes notificados na categoria “outros” no VIGIHOSP de um hospital de ensino nos anos de 2016 e 2017. Goiânia, GO. 2018.

TIPOS DE INCIDENTES	N	%
Exames	25	22,3
Materiais/ Equipamentos	22	19,6
Estrutura física	11	9,8
Recursos humanos	11	9,8
Rouparia	10	8,9
Outros	10	8,9
Administrativos	08	7,1
Refeitório	07	6,2
Pragas	05	4,4
Acidentes de trabalho	03	2,6
TOTAL	112	100,0

Fonte: VIGIHOSP-HC-UFG-EBSERH, 2018.

Um dado relevante no item “exames” que obteve 25 notificações estavam relacionados com dados incompletos ou errados nos pedidos de exames dos pacientes. Fato que pode levar à coleta de material errado pelo técnico de laboratório em decorrência de erro na identificação do paciente.

Esse aspecto vem reforçar a necessidade de identificação correta dos pacientes, uso de pulseiras e capacitação dos profissionais para conferência da identificação pelo nome. Essas ocorrências devem ser notificadas e socializadas como forma de aprendizagem com os erros. A identificação correta do paciente é uma forma de comunicação imprescindível para a prevenção de evento adverso.

Na Tabela 10, está evidenciada a relação dos incidentes notificados e a classificação de dano ao paciente pelo profissional que notificou.

Tabela 10 – Identificação do dano ao paciente relacionado aos incidentes notificados no VIGIHOSP de um hospital de ensino nos anos de 2016 e 2017. Goiânia, GO. 2018

INCIDENTES	IDENTIFICAÇÃO DO DANO				TOTAL INCIDENTES
	NÃO	%	SIM	%	
Cirurgias	1503	65,8	9	4,2	1582
Medicamentos	566	24,8	16	7,4	582
Outros	53	2,3	59	27,5	112
Queda	23	1,0	30	14,0	54
Desabastecimento de produto para saúde	45	2,0	07	3,2	54
Artigo médico-hospitalar	23	1,0	20	9,3	44
Identificação do paciente	32	1,4	2	0,9	34
Sangue e hemocomponentes	07	0,1	20	9,3	27
Perda de cateter	09	0,4	09	4,2	18
Lesões de pele	-	-	15	7,0	15
Equipamento médico-hospitalar	10	0,4	01	0,4	11
Extubação acidental	02	0,1	09	4,2	11
Flebite	-	-	11	5,1	11
Infecção relacionada a assistência em saúde	10	0,4	-	-	10
Terapia nutricional	01	0,1	06	2,8	07
Erro diagnóstico	02	0,1	-	-	02
TOTAL	2286	100,0	214	100,0	2495

Fonte: VIGIHOSP-HC-UFG-EBSERH, 2018.

Do total de incidentes, apenas 214 (8,6%), foram classificados como eventos adversos e resultaram em dano ao paciente. Entretanto, a avaliação quanto à ocorrência do dano é questionada, uma vez que foram encontrados 12 relatos dos notificadores que contradizem a não existência de dano conforme assinalado no sistema, como mostra o relato abaixo que está dentro da categoria de quedas:

Criança foi avaliada pelo médico de plantão, não sendo necessárias condutas específicas. Houve um corte pequeno na face e apresentou edema peri orbitário bilateral. (N11).

Discussão

7 DISCUSSÃO

A análise dos incidentes notificados no sistema VIGIHOSP do hospital, campo da pesquisa e do processo de notificação de eventos adversos pelos enfermeiros alcançou os objetivos propostos e possibilitou a compreensão da complexidade e abrangência dos fatores que envolvem esse contexto tanto por parte dos profissionais como em relação à organização do serviço.

Seguindo o percurso de análise através do referencial de Donabedian (1988) foi possível identificar as dimensões de qualidade nos diferentes contextos.

Em relação à Estrutura, a implantação do Núcleo de Segurança do Paciente foi essencial para a promoção e consolidação das ações voltadas ao cuidado seguro e aos padrões de qualidade nos serviços de saúde (BRASIL, 2013b). No hospital, o NSP segue as normas da ANVISA ao monitorar o desempenho da instituição em relação ao funcionamento das boas práticas assistenciais. Desde o ano de 2015, o Núcleo funciona em um espaço físico próprio e com uma equipe própria, capacitada para implementar os protocolos legais e desenvolver atividades que estimulem a adoção de práticas mais seguras pelos profissionais.

O NSP do hospital também recebe todas as notificações realizadas pelos profissionais e notifica à ANVISA por meio do NOTIVISA, que é o sistema informatizado nacional que monitora os incidentes relacionados ao uso de tecnologias e equipamentos, queixas técnicas de medicamentos e produtos para a saúde, incidentes e eventos adversos (BRASIL, 2013a). As notificações são realizadas através de um sistema online, informatizado e disponível nos computadores da instituição em conformidade com as normas da RDC nº 36, de 25 de julho de 2013, que recomenda a adoção de notificação online (BRASIL, 2013a).

O VIGIHOSP que é o sistema informatizado do hospital implantado pela EBSERTH para a notificação de incidentes ocorridos no contexto da assistência foi analisado neste estudo e identificou algumas características tanto do fluxo de notificação quanto dos enfermeiros entrevistados.

Em relação às características dos enfermeiros participantes da pesquisa destacou-se que a maioria era do sexo feminino, o que já era esperado pela natural predominância de mulheres na enfermagem como pode ser constatado também na

pesquisa de Duarte (2018) no qual 75% dos profissionais de enfermagem eram mulheres.

Sobre o tempo de formação, apesar de 60% dos profissionais terem mais de 10 anos de atuação, 48,3% atuam a menos de cinco anos na instituição. Houve predominância de 46,7% dos profissionais atuando em turno de trabalho misto ou noturno e possuir mais de um vínculo empregatício.

Quanto ao Processo de notificação de eventos adversos, foi evidenciada tendência menor de notificação quando o profissional tinha mais de um vínculo empregatício ($p=0,06$) e naqueles com cargas horárias mais altas ($p=0,07$), resultando assim em subnotificação dos eventos.

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) alerta que o duplo emprego é um indicador relacionado às condições de trabalho da enfermagem e que quase 70% dos profissionais atuam nessas condições. Do ponto de vista de valorização do profissional da equipe de enfermagem, é importante considerar que as condições de atuação dos profissionais podem ser consideradas, entre os diversos fatores que possibilitam a ocorrência de erros, com impacto negativo na imagem desses trabalhadores (SECCO et al., 2010; BRASIL, 2017).

Quanto ao conhecimento dos enfermeiros acerca de segurança do paciente e eventos adversos, os relatos demonstraram que parte dos enfermeiros tem compreensão do significado dessas terminologias, as identificam durante a realização de suas atividades diárias e também perante as condutas frente à ocorrência de incidentes decorrentes da prática assistencial.

Todavia, alguns participantes confundem termos como incidentes do tipo evento adversos com reação adversa, dificultando a comunicação correta do erro além de causar dúvida de entendimento do evento ocorrido, por exemplo, no próprio sistema VIGIHOSP isso leva a falhas ao realizar a notificação. É pertinente, que os profissionais sejam esclarecidos corretamente sobre o significado das terminologias que envolvem a segurança do paciente para que os mesmos sejam capazes de identificar os erros e classificá-los de forma assertiva.

Cabe ressaltar, que o entendimento incorreto das terminologias relacionadas à segurança do paciente pode justificar a classificação de danos ao paciente encontrada neste estudo, quando apenas 214 (8,6%) dos incidentes notificados

pelos profissionais foram considerados como eventos adversos, ou seja, causaram danos ao paciente. Entretanto, algumas descrições dos incidentes revelaram que se tratavam de um evento adverso, haja vista o dano causado, e assim contradizem essa classificação, por terem sido considerados incidentes sem danos pelos notificadores.

Os eventos adversos mais citados pelos participantes nas entrevistas foram os relacionados à medicação, quedas, cateteres e sondas. No entanto, a análise dos 2495 eventos notificados no sistema eletrônico do hospital, VIGIHOSP, em dois anos, apontou que os eventos mais frequentes foram os relacionados a cirurgias e a medicações.

Em relação aos eventos notificados na categoria cirurgias, 1490 (98,6%) dos incidentes foram referentes a cirurgias canceladas, notificados pelo assistente administrativo, profissional que atua na secretaria do centro cirúrgico.

Os cancelamentos foram por motivos diversos, destacando-se 23,1% por não comparecimento de paciente, 18,4% por falta de estrutura da instituição e 15%, em decorrência do paciente não estar em condições clínicas adequadas revelando uma situação alarmante no processo de trabalho desse setor, que atende pacientes do Sistema Único de Saúde e possui um planejamento de cirurgias eletivas que são rotineiramente canceladas. Isso envolve custos diversos para o hospital relacionados a materiais, recursos humanos e maior tempo de ocupação de leito. Esses dados corroboram com estudos anteriores realizados nesse contexto.

Pesquisa realizada em um hospital de ensino da região Centro-Oeste do Brasil, encontrou um índice de 34,6% de cirurgias suspensas (BEZERRA et al., 2015). Outra pesquisa utilizou uma amostra de 750 internações e, encontrou 7,34% de cancelamentos de cirurgias (PARANAGUÁ et al., 2013).

Os cancelamentos cirúrgicos trazem prejuízos tanto para a instituição, quanto para o paciente, ao aumentar o tempo de internação e assim, maior exposição do paciente a riscos, além de consequências psicológicas que muitas vezes não são comentadas nos estudos (BEZERRA et al., 2015).

Nesse sentido, é pertinente que ocorra mudanças nos processos de trabalho, como planejamento adequado da programação de cirurgias e comunicação efetiva entre equipe e pacientes a fim de evitar cancelamentos desnecessários denotando falhas

no desempenho do serviço e prejuízos à população que necessita desses procedimentos (HAILE; DESALEGN, 2015).

Os eventos adversos relacionados a medicamentos estão entre os mais frequentes e notificados neste estudo, sendo que 61,8% e 27,6% são referentes a erros de prescrição e dispensação, respectivamente.

A medicação é um macroprocesso que envolve várias etapas com características específicas como a prescrição e a dispensação e a administração que se não realizadas adequadamente, predispõe a erros. Em relação à segurança do paciente, é necessária uma gestão correta do plano terapêutico do paciente e organização de todos os subprocessos a fim de garantir a eficácia e eficiência desse conjunto de ações (FRANCO et al., 2010; VINCENT, 2009).

Estudos mostram que a sobrecarga de trabalho da equipe, a prescrição médica inadequada e a identificação incorreta do paciente são fatores mais comumente envolvidos no erro da medicação (CORBELLINI et al, 2011). Nesse sentido, Kalsing (2012) afirma que realizar o *checklist* dos nove certos, quais sejam: paciente certo, droga certa, via certa, dose certa, hora certa, documentação certa, ação certa, forma certa e resposta certa, podem ajudar na minimização dos erros de medicação.

O índice de eventos relacionados à prescrição de medicamentos alerta para a necessidade de capacitação dos prescritores, ou seja, dos médicos quanto á rotina e padrões institucionais durante o período de integração e recepção desses profissionais ao adentrarem nos serviços de saúde, especialmente em hospitais escola, como o do estudo.

É importante que a cultura da segurança seja incorporada durante a formação dos profissionais para que resulte em mudanças nos sistemas envolvendo a prescrição de medicamentos. Pesquisas apontam que a adoção de prescrição eletrônica na instituição é uma estratégia viável para reduzir os incidentes com medicamentos e assim evitar danos (SHULMAN et al., 2005; AZEVEDO FILHO et al., 2015).

Em relação à dispensação de medicamentos, destaca-se a importância da participação do farmacêutico na dupla conferência das prescrições e dos benefícios dessa ação como a redução de incidentes e eficácia do trabalho em equipe (KLOPOTOWSKA et al., 2010). Essa notoriedade e relevância do farmacêutico também são percebidas nos resultados deste estudo, no qual essa categoria

profissional ocupa posição de destaque por serem os profissionais que mais notificaram eventos relacionados à medicação no período investigado nessa pesquisa.

Sobre os incidentes relacionados à administração de medicamentos é relevante reforçar que a equipe de enfermagem é o grupo de profissionais de saúde mais envolvido nessa fase do processo e, portanto, torna-se necessário que eles compreendam os riscos associados e também permaneçam vigilantes e realizem a checagem dos nove certos durante o ato de administração de medicamentos (HILLIN; HICKS, 2010).

Nesse sentido ressalta-se a importância de encorajar o envolvimento do paciente como um ator mais proativo e com mais autonomia diante do seu próprio cuidado visando à segurança dos procedimentos na prática em saúde, buscando com isso uma mudança da cultura organizacional, especialmente, na abordagem do erro em saúde com os envolvidos (SILVA et al., 2016).

A equipe de enfermagem ocupou a segunda posição dentre as categorias profissionais que mais notificaram incidentes nesse período de estudo, mostrando a o papel fundamental desempenhados por esses profissionais na assistência direta ao paciente como na identificação e notificação de erros durante o cuidado e isso pode ser justificado pela sua permanência 24 horas no contexto da prática assistencial (ALVES; GUIRARDELLO, 2016).

Sobre o processo de registro de notificação de eventos adversos pelos enfermeiros, este estudo mostrou que a maioria dos participantes conhece o sistema de notificação da instituição, o VIGIHOSP, entretanto 80% referem não ter recebido capacitação sobre o seu uso. A contradição nas falas dos enfermeiros pode contribuir negativamente para a subnotificação e conseqüentemente na segurança do paciente por falhas na formação de competência para notificar os eventos no sistema.

Estudos mostram que as principais estratégias para reduzir eventos adversos incluem a formação de pessoal com base em segurança do paciente, treinamento em relação aos processos de trabalho, comportamento de segurança na adoção de indicadores e normas da instituição, além da liderança em enfermagem (SIMAN; BRITO, 2016; PETERSON; TEMAN; CONNORS, 2012).

A falta de conhecimento sobre o fluxo das notificações é apontada como um fator dificultador para que os profissionais notifiquem os eventos ocorridos. Autores enfatizam que a falta de conhecimento acerca do que é o evento, como se identifica e como se notifica no sistema de saúde contribuem para a subnotificação desses eventos e conseguinte para uma incorreta análise desses indicadores (DA SILVA; CUNHA; MOREIRA, 2011). Essa realidade é encontrada neste estudo, no qual os enfermeiros que não tiveram capacitação sobre o VIGIHOSP apresentaram menor frequência de notificação de eventos adversos.

O retorno para o profissional sobre o evento notificado estabelece um canal de comunicação no qual a instituição, representada pelo Núcleo de Segurança do Paciente, gera um parecer sobre o ocorrido, além de orientações e informações sobre a melhor maneira para a resolução do problema (DE PAIVA et al., 2014).

Os profissionais têm insegurança e falta de motivação ao realizar uma notificação quando não há conhecimento de seu fluxo, o que valida a ideia de que toda equipe multiprofissional deve conhecer o fluxo e dinâmica desse processo e que as instituições de saúde devem ter como escopo a capacitação continuada e, não uma iniciativa restrita a uma categoria ou um setor (GIFFORD; ANDERSON, 2010; AUSSERHOFER et al., 2012; FERREZIN et al., 2017).

É pertinente ressaltar, que a notificação e responsabilidade pelo evento adverso é coletiva, sendo que todos os membros da equipe assistencial devem estar engajados em prol de sua realização e também em planejar estratégias para redução de danos e prevenção de novos erros (BOHOMOL; TARTALI, 2013).

Sobre os fatores dificultadores, também é apontado a falta de tempo dos profissionais, devido à sobrecarga de trabalho e déficit de funcionários, para a realização das notificações. Sabe-se que para incorporar uma cultura de segurança e assistência com qualidade, é necessário que o quadro de profissionais esteja adequado, que eles tenham satisfação em realizar o serviço e recebam treinamento contínuo (SIQUEIRA; KURCGANT, 2012). Todos esses fatores influenciam diretamente na ocorrência de eventos adversos e na disponibilidade dos profissionais em notificar os eventos ocorridos (ARBOIT; SILVA, 2012; DUARTE et al., 2015).

Autores afirmam que a principal causa do evento adverso está relacionada à sobrecarga de trabalho, sendo que o principal motivo para a não notificação do evento adverso é o medo da punição ou consequências dessa exposição à equipe assistencial (CHAGAS; SELOW, 2016; DUARTE et al., 2015).

A maioria dos profissionais desta pesquisa manifestou que acreditam e divulgam condutas não punitivas em decorrência da notificação de evento adverso, reforçando essa atitude como uma forma de motivação da equipe para estimular o ato de notificar no intuito de gerar um diagnóstico situacional e adoção de medidas educativas por meio do erro. Entretanto, revelam medo e preocupação diante do processo de investigação do evento adverso ocorrido e as repercussões da divulgação desse erro para a imagem profissional.

Siman, Cunha e Brito (2017) enfatizam que é preciso superar a realidade punitiva e de preocupação associada às notificações de eventos adversos nas instituições, além de instituir o anonimato nas notificações para evitar subnotificações, para que assim gere mudanças de hábitos, de valores e de comportamentos dos profissionais em relação ao cuidado em saúde.

Como aspecto facilitador para a notificação, os entrevistados apontaram a existência e disponibilidade do sistema online de notificação do hospital. Chagas e Selow (2016) reforçam que o desenvolvimento de um sistema eletrônico de notificação com variáveis claras e específicas para a descrição do evento pelo profissional de saúde, poderá agilizar o processo de comunicação e a construção de um banco de dados de indicadores de qualidade importantes para a gestão de riscos e segurança das práticas assistenciais.

Nesse contexto, Lima e Barbosa (2015) enfatizam a importância do gerenciamento de riscos através desses indicadores para melhorar a segurança e assistência prestada ao paciente. A partir das notificações, são traçadas soluções e estratégias para esse problema e repassadas aos profissionais através de treinamentos e educação continuada (CHAGAS; SELOW, 2016). Além disso, o fato de ser um hospital que participa da Rede de Hospitais Sentinela reforça a necessidade de estimular as notificações.

Em relação à postura positiva frente ao evento adverso, os resultados deste estudo corroboram com outras pesquisas ao concordarem que a discussão sobre os

eventos adversos ocorridos tem levado a mudanças positivas, apesar de que os entrevistados revelaram que os debates são realizados de modo informal e restrito à clínica onde ocorreu (FRANÇOLIN et al., 2015; FERREZIN et al., 2017).

Estudiosos apontam a responsabilidade da instituição em elaborar, divulgar e programar protocolos operacionais padrão, *guidelines* e *bundles* em prol de uma padronização das técnicas de trabalho, além de manuais de normas e condutas a serem seguidos pelos profissionais (CORREGGIO; AMANTE; BARBOSA, 2014; PAIVA; PAIVA; BERTI, 2010).

Sendo assim, é papel das instituições de saúde refletir criticamente sobre esses indicadores de qualidade, formular decisões estratégicas direcionadas à gestão de riscos e capacitar às equipes em busca da melhoria contínua e segurança do paciente (FRANÇOLIN et al., 2015). E, para desenvolver essa cultura de segurança no serviço, deve-se fortalecer a implementação de intervenções, discussão sobre cada benefício, introdução de novas práticas e avaliação desses resultados (RIBAS, 2010).

As notificações de eventos adversos são essenciais ao processo de assistência à saúde, pois retratam uma realidade vivenciada pelos profissionais, além de garantirem a comunicação efetiva entre a equipe assistencial e os gestores de saúde, fornecendo um respaldo legal e, conseqüentemente, trabalhando para a implantação de melhorias no contexto organizacional para melhorias no atendimento em saúde à população.

Diante do exposto, deve haver um comprometimento por parte dos profissionais e das instituições na realização das notificações e no gerenciamento e manejo dos eventos adversos, por meio de uma conscientização e responsabilização de todos com o propósito de garantir a segurança do paciente e a qualidade do serviço prestado.

Conclusões

8 CONCLUSÕES

O presente estudo alcançou os objetivos propostos e contribuiu para identificar o conhecimento dos enfermeiros sobre o processo de notificação de eventos adversos no hospital pesquisado.

Foram notificados 2495 incidentes durante os anos de 2016 e 2017, no VIGIHOSP, sendo os mais frequentes aqueles relacionados às cirurgias (60,6%), principalmente motivados por suspensão cirúrgica. As cirurgias foram canceladas por motivos diversos como: não comparecimento do paciente (23,1%), falta de estrutura na instituição (18,4%) e paciente sem condições clínicas (15%).

O segundo evento mais notificado foi relacionado a medicamentos com 23,3%, sendo 61,8% destes relacionados a erros de prescrição e 27,6% erros de dispensação de medicamentos.

A equipe de enfermagem com 11,1% aparece em posição de destaque em relação aos profissionais que mais notificaram nesse período, reforçando a importância dessa categoria no papel de identificação e notificação das falhas decorrentes do cuidado em saúde.

Em relação às entrevistas realizadas com os enfermeiros, foi predominante o sexo feminino (95%) dentre os participantes, sendo que 60% destes possuem mais de 10 anos de formação e de atuação profissional.

Sobre o turno de trabalho dos enfermeiros entrevistados, 46,6% atuam no noturno ou turno misto, e também possuem mais de um vínculo empregatício, trabalhando mais de 40 horas semanais.

Dentre os entrevistados, 55% dos enfermeiros não realizaram ou estão realizando algum curso de qualificação ou aperfeiçoamento profissional e nem relacionado à temática de segurança do paciente.

Foi possível identificar pelas falas dos enfermeiros entrevistados confrontados com os dados do VIGIHOSP que há uma grande subnotificação dos eventos adversos ocorridos no Hospital em estudo, pois a maioria dos participantes revelou não notificarem os eventos no sistema.

A maior parte dos entrevistados conhece o sistema de notificação de eventos da instituição, porém, desconhece o fluxo do sistema de notificação utilizado. O sistema

de notificação desse hospital é online e pode ser usado de forma anônima fator considerado importante para evitar subnotificações e para incentivar a equipe a notificar sem medo de punições.

Contudo, alguns profissionais relataram não ter participado de capacitação para utilização desse sistema o que resulta em dificuldade na parte operacional do programa e também falta de incentivo e adesão à notificação.

Os participantes caracterizam a falta de tempo e de recursos humanos como principais fatores que dificultam a realização das notificações e, a maioria dos pesquisados não concorda que haja medidas punitivas nessa instituição.

Os entrevistados reconhecem a segurança do paciente e notificação dos eventos adversos como meio de aprendizado e melhorias com vista a qualidade da assistência em saúde.

Considerações/ Recomendações

9 CONSIDERAÇÕES / RECOMENDAÇÕES

Foram observados vários pontos positivos e relevantes com relação à notificação de eventos, assim como algumas fragilidades nesse processo que devem ser analisadas pelos gestores e líderes das clínicas, a fim de melhorar as rotinas de trabalho, a qualidade da assistência oferecida e, a segurança dos pacientes atendidos.

Como potencialidade, a instituição tem um Núcleo de Segurança do Paciente atuante e um sistema online e anônimo de notificação de incidentes, demonstrando preocupação em monitorar os eventos adversos como indicadores de qualidade e melhora da prática profissional.

Entre as fragilidades, destaca-se a importância de ampliar o conhecimento dos enfermeiros sobre o processo de notificação de eventos adversos, bem como os demais membros da equipe multiprofissional, para que todos participem ativamente.

Recomenda-se maior investimento da instituição, através do NSP, elaborar programas de educação continuada sobre segurança do paciente e capacitação acerca da utilização e divulgação desse sistema de notificação para que toda equipe multiprofissional realize os devidos registros e tenha conhecimento da dinâmica e fluxo desse processo.

A perspectiva dos profissionais sobre a notificação dos eventos é para colaboração com a instituição e a expectativa é de retorno aos participantes, na forma de capacitações acerca de estratégias de prevenção de novos erros ou condutas quando os incidentes ocorrerem por meio da implementação de protocolos assistenciais.

Assim, é necessário que se estimule a adesão às notificações e que as discussões acerca do evento adverso, sejam como forma de aprendizagem com o erro e não de forma punitiva.

Novos estudos são pertinentes a fim de analisar mais profundamente esse processo de notificação bem como ampliar os resultados através da percepção de outras categorias profissionais.

Referências

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde**. Boletim Informativo, Brasília, v. 1, n. 1. p. 1-12, 2011. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/272031/Boletim+Seguran%C3%A7a+do+Paciente+e+Qualidade+em+Servi%C3%A7os+de+Sa%C3%BAde+n%C2%BA+01+Jan-Jul+de+2011/aa36fe6e-f5d5-46ae-9eb6-e93af520fafc>. Acesso em: 06 de maio de 2018.
- ALVES, D.F.S.; GUIRARDELLO, E.B. Ambiente de trabalho da enfermagem, segurança do paciente e qualidade do cuidado em hospital pediátrico. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 37, n. 2, p. e58817, 2016.
- ANTONOFF, M.B. et al. Who's covering our loved ones: surprising barriers in the sign-out process? **Am J Surg.**, v. 205, n. 1, p. 77-84, 2013.
- ARBOIT, E.L.; SILVA, L.A.A. Eventos adversos na enfermagem relacionados ao dimensionamento de pessoal. **Revista de Enfermagem**. v. 8, n. 8, 2012.
- ARMITAGE, G. Human error theory: relevance to nurse management. **Journal of nursing management**, v. 17, n. 2, p. 193-202, 2009.
- ARRUDA, L.P. et al. Evidências científicas do cuidado de enfermagem acerca da segurança do paciente: revisão integrativa. **Journal of Nursing UFPE online**, v. 8, n. 7, p. 2107-2114, 2014.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). ABNT NBR ISSO 31000. **Gestão de riscos - Princípios e diretrizes**. Rio de Janeiro: ABNT, 2010.
- AUSSERHOFER, D. et al. Nurse-reported patient safety climate in Swiss hospitals: a descriptive-explorative substudy of the Swiss RN4CAST study. **Swiss Med Wkly**, n. 142, 2012.
- AZEVEDO FILHO, F.M. et al. Prevalência de incidentes relacionados à medicação em unidade de terapia intensiva. **Acta paul. enferm.**, v. 28, n. 4, p. 331-336, 2015.
- BARBOSA, L.R.; MELO, M.R.A.C. Relações entre qualidade da assistência de enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Rev Bras Enferm**, v. 61, n. 3, p.366-70, 2008.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 4ª ed. Lisboa: Edições 70, 2010.
- BATALHA, E.M.S.S. **A cultura de segurança do paciente na percepção de profissionais de enfermagem de um hospital ensino**. 2012. 155f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem – Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, 2012.
- BECCARIA, L.M. et al. Eventos adversos na assistência de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva. **Rev. bras. ter. intensiva**, v. 21, n. 3, p. 276-82, 2009.
- BEZERRA, A.L.Q. Análise de queixas técnicas e eventos adversos notificados em um hospital sentinela. **Rev Enferm UERJ**, v.17, n. 4, p. 467-72, 2009.
- BEZERRA, W.R. et al. Ocorrência de incidentes em um centro cirúrgico: estudo documental. **Rev. Eletr. Enf.** V. 17, n.14, 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 36, 2013. **Ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde**. Brasília: Ministério da saúde, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. ANVISA. Portaria n.º 529, de 1 de abril de 2013. **Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)**. Brasília: Diário oficial da União: 2013b, p.2. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html
Acesso em: 06 de maio de 2018.

_____. Ministério da Saúde. ANVISA. **Portaria n.º 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente**. Brasília: Diário oficial da União: 2013c. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/0SEGURANCA_DO_PACIENTE/portaria_2_095_2013.pdf. Acesso em: 06 de maio de 2018.

_____. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Resolução Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). **Resolução nº 564/2017**. Brasília: COREN, 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html. Acesso em: 19 de junho de 2018.

_____. Ministério da Educação. Diretriz para implantação dos Núcleos e Planos de Segurança do Paciente nas filiais EBSEH. Brasília-DF, 2ª. ed, 2016.

BRENNAN, T.A. et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. **N. Engl. J. Med**, v. 324, n. 06, p. 370-6, 1991.

BOHOMOL, E.; TARTALI, J.A. Eventos adversos em pacientes cirúrgicos: conhecimento dos profissionais de enfermagem. **Acta Paul Enferm**, v. 26, n. 4, 2013.

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

CAPUCHO, H.C. **Sistemas manuscrito e informatizado de notificação voluntária de incidentes como base para a cultura de segurança do paciente**. 2012. 155f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

CARNEIRO, F.S. et al. Eventos adversos na clínica cirúrgica de um hospital universitário: instrumento de avaliação da qualidade. **Rev enferm UERJ**, v. 19, n. 2, 2011.

CARVALHO, C.; VIEIRA M. Contribuições da perspectiva institucional para análise das organizações: possibilidades teóricas, empíricas e de aplicação. In: _____. **Organizações, cultura e desenvolvimento local**. Recife: Edufepe, 2003.

CASSIANI, S.H.B. Enfermagem e a pesquisa sobre segurança dos pacientes. **Acta Paul Enferm.**, v. 23, n. 6, p. 745-50, 2010.

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

CAVALCANTE, A.K.C.B. Cuidado seguro ao paciente: contribuições da enfermagem. **Rev Cubana Enfermer**, v. 31, n. 4, 2015.

CHAGAS, K.D.; SELOW, M.L.C. O enfermeiro frente à notificação de eventos adversos em busca da garantia de qualidade e segurança assistencial. **Vitrine Prod. Acad.**, v.4, n.2, p.89-161, 2016.

CHASSIN, M.R.; GALVIN, R.W. The urgent need to improve health care quality. **Institute of Medicine National Roundtable on Health Care Quality JAMA**, v. 280, n. 11, p. 1000-5, 1998.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO (COREN-SP). **10 passos para a segurança do paciente**. AVELAR, A.F.M. et al. (orgs.). São Paulo: COREN, 2010. 32 p. Disponível em: http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/10_passos_seguranca_paciente_0.pdf Acesso em: 06 de maio de 2018.

CORBELLINI, V.L. et al. Eventos adversos relacionados a medicamentos: percepção de técnicos e auxiliares de enfermagem. **Rev Bras Enferm.**, v. 64, n. 2, p. 241-7, 2011.

CORREGGIO, T.C.; AMANTE, L.N.; BARBOSA, S.F.F. Avaliação da cultura de segurança do paciente em Centro Cirúrgico. **Rev SOBECC**. v. 19, n.2, p. 67-3, 2014.

COSTA, N.N. et al. O retrato dos eventos adversos em uma clínica médica: análise de uma década. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, p. 01-10, n. 2016.

COSTA, V.T.; MEIRELLES, B.H.S.; ERDMANN, A.L. Melhores práticas do enfermeiro gestor no gerenciamento de risco. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 5, p. 1165-1171, 2013.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto; tradução Magda Lopes**. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2010, 296 p.

D'AMOUR, D. et al. The occurrence of adverse events potentially attributable to nursing care in medical units: cross sectional record review. **Int. J. Nurs. Stud.** v. 51, n. 6, p. 882-91, 2014.

DA SILVA, R.C.L.; CUNHA, J.J.S.A.; MOREIRA, C.L.S. Evento adverso em terapia intensiva: o que sabem os profissionais de enfermagem. **Rev. pesqui. cuid. fundam.**, v. 3, n. 2, 2011.

DE PAIVA, M.C.M.S. et al. The reasons of the nursing staff to notify adverse events. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, v.22, n.5, 2014.

DONABEDIAN, A. **Quality assessment an assurance: unity of purpose, diversity of means**. Inquiry, 1988.

_____. The seven pillars of quality. **Arch Pathol Lab Med**. v.114, n.11, p. 1115-8, 1990.

DOORENBOS, A.Z. Mixed methods in nursing research: an overview and practical examples. **Kango Kenkyu**, v. 47, n. 3, p. 207-17, 2014.

DUARTE, S.C.M. et al. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. **Rev. Bras Enferm.**, v. 68, n.1, p.144-54, 2015.

DUARTE, A.P. **Vigilância dos trabalhadores de enfermagem que sofreram acidente de trabalho com materiais biológicos em um Hospital Universitário Federal**. 2018. 84f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde ambiental e saúde do Trabalhador) – Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2018.

- EL-JARDALI, F. et al. Predictors and outcomes of patient safety culture in hospitals. **BMC Health Serv Res**, v.11, n. 45, 2011.
- FAROKHZADIAN, J., NAYERI, N. D., BORHANI, F. Assessment of clinical risk management system in hospitals: An approach for quality improvement. **Global Journal of Health Science**, v. 7, n. 5, p. 294-303, 2015.
- FEREZIN, T.P.M. et al. Análise da notificação de eventos adversos em hospitais acreditados. **Cogitare Enferm.**, v. 22, n. 2, p. e49644, 2017.
- FERNANDES, M.V.L. **Indicadores de avaliação de práticas de controle e prevenção de infecção do trato urinário associada a cateter: construção e validação**. 2005. 110f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem – Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, 2005.
- FRANCO, J.N. et al. Percepção da equipe de enfermagem sobre fatores causais de erros na administração de medicamentos. **Rev. Bras. Enferm**, v. 63, n. 6, 2010.
- FRANÇOLIN, L. et al. Gerenciamento da segurança do paciente sob a ótica dos enfermeiros. **Rev Esc Enferm USP**, v. 49, n. 2, p. 277-283, 2015.
- FREITAS, M.N. **Indicadores de desempenho como instrumento de gestão em unidades hospitalares**. 2014. 79 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais Aplicadas) – Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2014.
- FREITAS, C.M. Avaliação de riscos como ferramenta para a vigilância ambiental em saúde. **Informe epidemiológico SUS**, v. 11, n. 3 e 4, p. 227-39, 2002.
- FUGULIN, F.M.T.; GAIDZINSKI, R.R.; CASTILHO, V. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições de saúde. In: KURCGANT, P. **Gerenciamento em enfermagem**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.
- GAMA, Z.A.S.; OLIVEIRA, A.C.S.; SATURNO HERNÁNDEZ, P.J. Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles. **Cad. Saúde Pública**. v. 29, n. 2, p. 283-293, 2013.
- GIFFORD, M.L.; ANDERSON, J.E. Barriers and motivating factors in reporting incidents of assault in mental healthcare. **J Am Psychiatr Nurses Assoc.**, v.16, n.5, p. 288-98, 2010.
- GILZ, C. **A coleção "Redescobrimo o universo religioso" na formação do professor**. 2007. 155p. Dissertação (Mestrado em Educação) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2007.
- GRIFFIN, F.A.; RESAR, R.K. **IHI Global Trigger Tool for Measuring Adverse Events** (Second Edition). IHI Innovation Series white paper. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2009. Disponível em: www.IHI.org. Acesso em: 02 Jul, 2018.
- HAILE, M.; DESALEGN, N. Prospective Study of Proportions and causes of Cancellation of Surgical Operations at Jimma University Teaching Hospital, Ethiopia. **Int J Anesth Res.**, v.3, n.2, p. 87-90, 2015.
- HILLIN, E.; HICKS, R.W. Medication errors from an emergency room setting: safety solutions for nurses. **Crit Care Nurs Clin North Am.**, v. 22, n. 2, p. 191-6, 2010.
- HINRICHSEN, S.L. **Qualidade e Segurança do Paciente: gestão de riscos**. Rio de Janeiro: MedBook, 2012.

HOFFMANN, P. **Sistema de notificação de eventos adversos e/ou incidentes em saúde: software-protótipo**. 2016. 147f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Centro de Ciências da Saúde – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT (IHI). Failure Modes and Effects Analysis Tool. 2018. Disponível em: <http://app.ihl.org/Workspace/tools/fmea/>.

JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS (JCAHO). **Failure Mode and Effects Analysis in Health Care: Proactive Risk Reduction**. Oakbrook Terrace: Joint Commission Resources, 2010. 154p.

KALSING, R.M.K. **A percepção da equipe de enfermagem frente a notificação de eventos adversos**. Lajeado: Centro Universitário UNIVATES, 2012. Disponível em: <https://www.univates.br/bdu/bitstream/10737/416/1/RosanaKalsing.pdf>. Acesso em: 06 de maio de 2018.

KLOPOTOWSKA, J.E. et al. On-ward participation of a hospital pharmacist in a Dutch intensive care unit reduces prescribing errors and related patient harm: an intervention study. **Crit Care**, v. 14, n. 5, p. R174, 2010.

KOHN, L.T.; CORRIGAN, J.M.; DONALDSON, M.S. In: _____. **To err is human: building a safer health system**. Washington, D.C.: National Academy Press; 2000. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25077248>. Acesso em: 06 de maio de 2018.

LIMA, C.S.P.; BARBOSA, S.F.F. Ocorrência de eventos adversos como indicadores de qualidade assistencial em unidade de terapia intensiva. **Rev. Enferm UERJ**, v. 23, n. 2, p. 222-8, 2015.

LLORY, M.; MONTMAYEUL, R. **O acidente e a organização**. Belo Horizonte: Fabrefacum, 2014. Disponível em: http://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/o_acidente_e_a_organizacao.pdf. Acesso em: 06 de maio de 2018.

LUCERO, R.J.; LAKE, E.T.; AIKEN, L.H. Nursing care quality and adverse events in US hospitals. **J Clin Nurs**, v. 19, n.15-16, p. 2185-95, 2010.

MENDES, W. et al. Review of studies on the assessment of adverse events in hospitals. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, n. 4, p. 393–406, 2005.

MENDES, W. et al. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. **Int J Qual Health Care**. v. 21, n. 4, 2009.

MENEZES, P.I.F.B.; D'INNOCENZO, M. Dificuldades vivenciadas pelo enfermeiro na utilização de indicadores de processos. **Rev. bras. enferm.**, v. 66, n. 4, p. 571-577, 2013.

MILAGRES, L.M. **Gestão de riscos para segurança do paciente: o enfermeiro e a notificação dos eventos adversos**. 2015. 100f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Faculdade de Enfermagem – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2015.

NASCIMENTO, C.C.P. Indicators of healthcare results: analysis of adverse events during hospital stays. **Rev latinoam enferm**. v. 16, p.746-51, 2008.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre enfermagem: um guia para cuidadores na atualidade**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

OLIVEIRA, R.M. et al. Strategies for promoting patient safety: from the identification of the risks to the evidence-based practices. **Esc. Anna Nery**, v.18, n.1, p.122-129, 2014.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). **Sistemas de notificación de incidentes en América Latina**. Washington: OPAS, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Estrutura Conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente**. Relatório Técnico Final. Lisboa, 2011. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/classificacao-internacional-sobre-seguranca-do-doente-png.aspx>. Acesso em: 06 de maio de 2018.

_____. **IBEAS: red pionera en la seguridad del paciente en Latinoamérica: Hacia una atención hospitalaria más segura**. Genebra, 2010. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/research/ibeas_report_es.pdf. Acesso em: 06 de maio de 2018.

PAESE, F.; DAL SASSO, G.T.M. Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 302-310, 2013.

PAIVA, M.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. enferm. USP**, v. 44, n. 2, p. 287-294, 2010.

PAIVA, M.C.M.S. et al. Motivos da equipe de enfermagem para a notificação de eventos adversos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 22, n. 5, p. 747-54, 2014.

PARANAGUÁ, T.T.B. **Análise dos incidentes ocorridos na clínica cirúrgica de um hospital de ensino da região centro oeste**. 2012. 149f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Faculdade de Enfermagem – Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia, 2012.

PARANAGUÁ, T.T.B et al. Prevalência de incidentes sem dano e eventos adversos em uma clínica cirúrgica. **Acta paul. enferm.**, v. 26, n. 3, p. 256-262, 2013.

PEDREIRA, M.L.G. Enfermagem para a segurança do paciente. **Acta paul. enferm.**, v. 22, n. 4, p. v-vi, 2009a.

PEDREIRA, M.L.G. Práticas de enfermagem baseadas em evidências para promover a segurança do paciente. **Acta paul. enferm.**, v. 22, n. esp, p. 880-881, 2009b.

PEDREIRA, M.L.G.; CHANES, D.C. Enfermagem para segurança do paciente. In: HARADA, M.J.C.S. **Gestão em enfermagem: ferramentas para a prática segura**. São Caetano do Sul: Yendis, 2011. p. 285-94.

PETERSON, T.H.; TEMAN, S.F.; CONNORS, R.H. A safety culture transformation: its effects at a children's hospital. **J Patient Saf.**, v. 8, n. 3, p. 125-30, 2012.

PERTENCE, P.P; MELLEIRO, M.M. Implantação de ferramenta de gestão de qualidade em Hospital Universitário. **Rev. esc. enferm. USP**, v.44, n. 4, p.1024-1031, 2010.

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

REASON, J. T. **Human error**. 20^a ed. New York: Cambridge University Press, 2009. 302 p.

REASON, J. **The human contribution: unsafe acts, accidents and heroic recoveries**. Farnham (England): Ashgate Publishing Limited, 2008, 295p.

REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE (REBRAENSP). **Estratégias para a segurança do paciente: manual para profissionais da saúde**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013. 132 p. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/10/Estrat%C3%A9gias-para-seguran%C3%A7a-do-paciente-manual-para-profissionais-da-sa%C3%BAde.pdf>. Acesso em: 06 de maio de 2018.

REIS, C.T. Cultura em segurança do paciente. In: SOUSA, P.; MENDES, W. (Org.). **Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras**. Rio de Janeiro: ENSP, 2014. p. 75-100. Disponível em: http://portales.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=10997&Itemid=85. Acesso em: 06 de maio de 2018.

REIS, C.T.; MARTINS, M.; LAGUARDIA, J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde – um olhar sobre a literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.7, p. 2029-36, 2013.

REYNOLDS, J. et al. Undertaking risk management in community nursing practice. **Journal of Community Nursing**, v. 23, n. 11, 2009.

RIBAS, M.J. Eventos adversos em Cuidados de Saúde Primários: promover uma cultura de segurança. **Rev. Port. Clín. Geral**, n.26, p.585-9, 2010.

SAMPIERI, R.H.; COLLADO, C.F.; LUCIO, M.P.B. **Metodologia de pesquisa**. 5^a ed. Porto Alegre: Penso Editora, 2013.

SANTOS, J.L.G. et al. Integração entre dados quantitativos e qualitativos em uma pesquisa de métodos mistos. **Texto contexto - enferm.**, v. 26, n. 3, p. e1590016, 2017.

SARAIVA, C.O.P.O. **Segurança do paciente em terapia intensiva neonatal: identificação e análise de eventos adversos**. 2015. 72f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Centro de Ciências da Saúde - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2015.

SECCO, I.A.O. et al. Cargas psíquicas de trabalho e desgaste dos trabalhadores de enfermagem de hospital de ensino do Paraná, Brasil. **SMAD**, 2010.

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, n. 85, p.65-82, 2009.

SEVERO, E. et al. Educação em Saúde frente à segurança do paciente: a epistemologia do Gerenciamento de Risco. In: **II Congresso Internacional de Educação de Ponta Grossa**, Paraná, Brasil, 2010.

SHULMAN, R. et al. Medication errors: a prospective cohort study of hand-written and computerised physician order entry in the intensive care unit. **Crit Care**, v. 9, n. 5, p. R516-21, 2005.

SILVA, A.E.B.C et al. Problemas na comunicação: uma possível causa de erros de Medicação. **Acta Paul Enfermagem**, v. 20, n. 3, p. 2-272, 2007.

SILVA, A.E.B.C.; TEIXEIRA, T.C.A.; CASSIANI, S.H.B. Ferramentas utilizadas para a gestão dos riscos: FMEA – análise do modo e efeito da falha e RCA – análise de causa raiz. In: **Gestão de risco e segurança hospitalar**. São Paulo: Martinari, 2008. 375p.

SILVA, A.S. et al. Notificação de eventos adversos: caracterização de eventos ocorridos em uma instituição hospitalar. **Rev enferm UFPE**, n.8, v.9, p. 3015-23, 2014.

SILVA, A.T. **Atuação do enfermeiro na segurança do paciente em ambiente hospitalar**. 2016. 122 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem – Universidade Federal de Alfenas-MG (UNIFAL), Alfenas, MG, 2016.

SILVA-BATALHA, E.M.S.; MELLEIRO, M.M. Cultura de segurança do paciente em um hospital de ensino: diferenças de percepção existentes nos diferentes cenários dessa instituição. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 432-441, 2015.

SILVA, L.D. Segurança do paciente no contexto da terapia intensiva. In: SANTOS, L. C.G.; DIAS, A.L.P. **Gerenciamento e sistematização do cuidado de enfermagem em terapia intensiva**. São Paulo: Phorte, 2013.

SILVA, T.O. et al. O envolvimento do paciente na segurança do cuidado: revisão integrativa. **Rev. Eletr. Enf.** 18. E1173. 2016.

SIMAN, A.G.; CUNHA, S.G.S.; BRITO, M.J.M. The practice of reporting adverse events in a teaching hospital. **Rev Esc Enferm USP**, v. 51, n. e03243, 2017.

SIMAN, A. G.; BRITO, M. J. M. Mudanças na prática de enfermagem para melhorar a segurança do paciente. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 37, n. e68271, 2016.

SIQUEIRA, V.T.A.; KURCGANT, P. Satisfação no trabalho: indicador de qualidade no gerenciamento de recursos humanos em enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, n. 1, p. 151-7, 2012.

TANAKA, O.U.; MELO, C. A avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer. São Paulo: EDUSP; 2001.

TEIXEIRA, T.C.A; CASSIANI, S.H.B. Análise de causa raiz de acidentes por quedas e erros de medicação em hospital. **Acta Paulista de Enfermagem**, 2014, v. 27, n. 2, p. 100-107, 2014.

TEIXEIRA, T. C. A.; CASSIANI, S. H. B. Análise de causa raiz: avaliação de erros de medicação em um hospital universitário. **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n. 1, p. 139-46, 2010.

VINCENT, C. **Segurança do Paciente: orientações para evitar eventos adversos**. São Caetano do Sul: Yendis, 2009.

WACHTER, R. **Compreendendo a Segurança do Paciente**. 2ª Ed. Porto Alegre: AMGH, 2013. 478p.

WALTER, S.A.; BACH, T.M. Adeus Papel, Marca-textos, Tesoura e Cola: Inovando O Processo de Análise de Conteúdo Por Meio do Atlas.ti. In: Anais do XII. **Seminário de Administração (SEMEAD)**, São Paulo, 2009.

World Health Organization (WHO). **Conceptual framework for the international classification for patient safety**. Version 1.1. Final Technical Report. Geneva: World Health Organization, 2009. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf. Acesso em: 06 de maio de 2018.

_____. **Patient Safety: about us**. 2018. Geneva: WHO, 2018. Disponível em: <http://www.euro.who.int/en/about-us>. Acesso em: 06 de maio de 2018.

_____. **Patient Safety - programme áreas**. Geneva: WHO, 2012. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75359/9789241503440_eng.pdf?sequence=1. Acesso em: 06 de maio de 2018.

_____. **Forward program 2006-2007**. Genève: WHO, 2008a. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70460/WHO_IER_PSP_2008.04_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em; 06 de maio de 2018.

_____. **Summary of the evidence on patient safety: implications for research**. The Research Priority Setting Working Group of the World Alliance for Patient Safety. Geneva: WHO, 2008b. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/information_centre/20080523_Summary_of_the_evidence_on_patient_safety.pdf. Acesso em: 06 de maio de 2018.

Apêndices

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro entrevista

Nº da Entrevista: _____ Data: ____/____/____ Unidade/ Setor: _____

PARTE 1. CARACTERIZAÇÃO DO PARTICIPANTE

1. Idade: _____
2. Sexo: _____
3. Qual o seu tempo de formação? _____
4. Qual o seu tempo de atuação profissional? _____
5. Qual o seu tempo de atuação nesta instituição? _____
6. Qual sua carga horária semanal nesta unidade? _____
7. Qual seu turno de trabalho nesta unidade? _____
8. Quantos vínculos empregatícios você possui? _____
9. Qual a sua carga horária total semanal de todos os vínculos empregatícios? _____
10. Está fazendo algum curso de Qualificação/Aperfeiçoamento? Qual? _____
11. Já fez algum curso sobre segurança do paciente? _____

PARTE 2: SEGURANÇA DO PACIENTE E NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS

12. Para você, o que é segurança do paciente?
13. O que é evento adverso?
14. Fale sobre o que você realiza no dia a dia em relação à segurança do paciente na sua unidade de atuação.
15. No seu plantão já ocorreu algum evento adverso? Cite alguns exemplos.
16. Como você procede na ocorrência de um evento adverso?

17. Como os eventos adversos são notificados na sua unidade de trabalho?
18. Teve alguma capacitação/ treinamento para a utilização do sistema de notificação de eventos adversos neste Hospital? Você participou?
19. Você já utilizou o sistema de notificação do Hospital? Cite quantas vezes.
20. Após a notificação, você conhece o fluxo dessas notificações? Há um retorno para o notificador? Explique.
21. A notificação de evento adverso gera medidas punitivas para os profissionais de enfermagem envolvidos com o evento? Relate.
22. Quais as facilidades para as notificações de eventos adversos no Hospital I? Justifique.
23. Quais as dificuldades para as notificações de eventos adversos no Hospital? Justifique.
24. São discutidas maneiras de prevenção para que outros eventos semelhantes não ocorram? Relate.
25. Você acha que os eventos ocorridos neste Hospital levam a mudanças positivas? Quais?
26. Você acredita que é importante realizar a notificação de evento adverso? Por quê?

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Meu nome é Isadora Alves Moreira, mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Goiás, com atuação nas áreas de qualidade da assistência de enfermagem e segurança do paciente, orientanda da Prof.^a Dra. Ana Lúcia Queiroz Bezerra, docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás.

Após ler com atenção este documento e ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, uma das vias é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de dúvida sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável, Isadora Alves Moreira no telefone: (62) 98225-5017.

Em caso de dúvidas sobre os seus direitos como participante nesta pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, nos telefones: 32698338 e 32698426 ou no endereço: 1^a Avenida S/Nº Setor Leste Universitário, Unidade de Pesquisa Clínica, 2º andar. Horário de funcionamento: 2^a a 6^a das 7h às 17h.

Informações importantes que você precisa saber sobre a pesquisa

Título da pesquisa: “Notificação de eventos adversos: o saber e o fazer de enfermeiros” que faz parte de um projeto maior intitulado: “Notificação de Eventos Adversos: o saber e o fazer de enfermeiros” aprovado pelo Comitê de Ética sob o parecer n. 2.448.216/2017.

O objetivo geral do estudo é analisar as notificações dos eventos adversos e sua influência na gestão de risco e segurança do paciente na área hospitalar de um hospital escola em Goiás.

Sua participação é muito importante, porém, não é obrigatória e se dará por meio de uma entrevista com questões sobre ocorrências que envolvem a notificação de eventos adversos e segurança do paciente durante as práticas de enfermagem.

Garantimos que o Senhor (a) não sentirá nenhum desconforto, nem prejuízos ao participar do estudo, também não acarretará em nenhum tipo de ônus próprio ou para a sua Unidade.

Entre os benefícios esperados com os resultados da pesquisa está em contribuir com a qualidade da assistência, fornecendo elementos para compreensão, avaliação e modificação das práticas em saúde e enfermagem com consequente oferta de melhor qualidade e segurança aos pacientes assistidos no hospital em estudo.

Garantimos total liberdade de se recusar a participar ou retirar o consentimento a qualquer momento, mesmo após o início da entrevista, sem prejuízos em sua relação com o pesquisador ou com a instituição de saúde. Os dados coletados serão utilizados apenas com a finalidade científica e não serão armazenados para estudos futuros.

O Senhor (a) não receberá nenhum tipo de pagamento ou gratificação financeira pela sua participação na pesquisa, mas, terá o direito de ser mantido informado sobre os resultados parciais e finais da pesquisa.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO DA PESQUISA

Eu, _____

RG ou CPF _____, concordo em participar do estudo intitulado “Notificação de eventos adversos e a sua influência na gestão de riscos”, sob a responsabilidade de Isadora Alves Moreira, como sujeito voluntário. Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade.

Goiânia - GO, 01 de março de 2018.

Nome e Assinatura do sujeito ou responsável: _____

Nome e assinatura do Pesquisador: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimento sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar. Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____ Assinatura: _____

Nome: _____ Assinatura: _____

Anexos

ANEXOS**ANEXO A - Aceite Núcleo de Pesquisa Hospital das Clínicas UFG/ EBSEERH**

HC-UFG
Hospital das Clínicas

EBSEERH

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
HOSPITAL DAS CLÍNICAS
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA
Primeira Av. S/N, Setor Leste Universitário,
CEP 74605-020 – Goiânia-Goiás
Telefone: 62-3269-8404 e-mail: gep_hc@hotmail.com



MEMO.GEP_HC-UFG/EBSEERH Nº073/2017

Goiânia, 08 de Junho de 2017

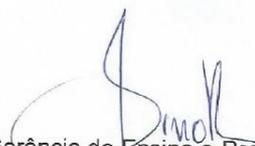
Ilmo. Sr. Pesquisador

Assunto: Avaliação de Projeto de Pesquisa

Senhor Pesquisador,

Devolvemos, em anexo, o projeto de pesquisa intitulado **“SEGURANÇA DO PACIENTE ASSOCIADA ÀS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM: ANÁLISE EM DIFERENTES CENÁRIOS DE ATUAÇÃO”** o qual foi autorizado por esta Gerência.

A referida pesquisa está protocolada na GEP-HC-UFG/EBSEERH com o nº. 073/2017, sob responsabilidade do (a) Pesquisador (a) ANA LUCIA QUEIROZ BEZERRA.


Gerência de Ensino e Pesquisa
HC-UFG/EBSEERH
Marta Franco Finotti
Chefe do Setor de Gestão da
Pesquisa e Inovação Tecnológica
CRM 3367 - HC-UFG/EBSEERH

ANEXO B – Aceite Conselho Diretor Faculdade De Enfermagem/ UFG**CERTIDÃO**

Certifico que em reunião **Ordinária** realizada no dia **02/06/2017**, o **Conselho Diretor** da Faculdade de Enfermagem da UFG, apreciou e aprovou o parecer da Comissão de Pesquisa, apresentado pela Conselheira Heliny Carneiro Cunha Neves, referente ao Projeto de Pesquisa intitulado: **"Segurança do paciente associada às práticas de enfermagem: análise em diferentes cenários de atuação"**, com os pesquisadores: Ana Lúcia Queiroz Bezerra, Ana Ilisa Bauer de Camargo Silva e Thatianny Tanferri de Brito Paranaguá, com previsão de término em 12/2021.

Coordenação Administrativa da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, aos 05 dias do mês de junho do ano dois mil e dezessete.


Lavinia Figueirêdo Leão Correia
Coordenação Administrativa / FEN / UFG

ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética

UFG - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE GOIÁS

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: SEGURANÇA DO PACIENTE ASSOCIADA ÀS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM:
ANÁLISE EM DIFERENTES CENÁRIOS DE ATUAÇÃO

Pesquisador: Ana Lúcia Queiroz Bezerra

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 73032917.9.0000.5078

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.448.216