

**FIBRA – FACULDADE DO INSTITUTO BRASIL
INSTITUTO BRASIL DE CIÊNCIA & TECNOLOGIA LTDA
BACHAREL EM ENFERMAGEM**

**TACIANE AGUIDA GONÇALVES DOS REIS
VALÉRIA DUARTE SOARES**

**O CONHECIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE SEGURANÇA DO
PACIENTE EM UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) –
ANÁPOLIS/GOIÁS**

**ANÁPOLIS
2016**

**TACIANE AGUIDA GONÇALVES DOS REIS
VALÉRIA DUARTE SOARES**

**O CONHECIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE SEGURANÇA DO
PACIENTE EM UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) –
ANÁPOLIS/GOIÁS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Enfermagem da Faculdade
FIBRA, como requisito para obtenção do título
de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a M. Sc. Mariângela Sousa
Rodrigues dos Santos.

**ANÁPOLIS
2016**

**TACIANE AGUIDA GONÇALVES DOS REIS
VALÉRIA DUARTE SOARES**

**O CONHECIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE SEGURANÇA DO
PACIENTE EM UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) –
ANÁPOLIS/GOIÁS**

Banca Examinadora

Orientadora Prof.^a M. Sc. Mariângela Sousa Rodrigues dos Santos.

Primeiro Membro da Banca: Prof. Esp. Larissa Melo Portela.

Segundo Membro da Banca: Prof. Vivian Watanabe.

Anápolis: ___/ ___/ ___

Nota

**ANÁPOLIS
2016**

*Ninguém ignora tudo. Ninguém sabe tudo.
Todos nós sabemos alguma coisa. Todos
nós ignoramos alguma coisa. Por isso
aprendemos sempre.*

Paulo Freire

AGRADECIMENTOS

Hoje, vivemos uma realidade que parece um sonho, mas foi preciso muito esforço, determinação, paciência, perseverança, ousadia e maleabilidade para chegar até aqui.

Nossa eterna gratidão a todos aqueles que colaboraram para que este sonho pudesse ser concretizado.

Agradecemos primeiramente a Deus pelo dom da vida, pelo seu amor infinito, sem Ele nada somos.

Agradecemos aos nossos pais e familiares pelo incentivo, amor, carinho e o apoio, durante nossa jornada.

A nossa Orientadora: Prof.^a M. Sc. Mariangela Sousa R. dos Santos, através de seu conhecimento, experiência e vontade de trocar saberes, iniciamos uma trajetória importante de definição de propostas e compartilhamento de ideias, até que a decisão pelo tema aqui abordado, tornou-se uma estratégia de pesquisa e também, uma aventura em meio a tantos aprendizados.

A coordenação do Curso de Enfermagem, às pessoas com quem convivemos nesses espaços ao longo desses anos, a experiência de uma produção foram a melhor experiência da nossa formação acadêmica.

Agradecemos ao mundo por mudar as coisas, por nunca fazê-las serem da mesma forma, pois assim não teríamos o que pesquisar, o que descobrir, pois através disto conseguimos concluir o nosso trabalho de conclusão de curso.

“Que todo meu ser louve ao Senhor, e que eu não esqueça nenhuma de suas bênçãos”!

(Salmos 103:2).

LISTA DE ABREVIATURAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAC	Colégio Americano de Cirurgiões
CIPNSP	Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente
CNS	Conselho Nacional de Saúde
EA	Eventos Adversos
EUA	Estados Unidos da América
FIOCRUZ	Fundação Osvaldo Cruz
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
NOTIVISA	Notificações em Vigilância Sanitária
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PSP	Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo
%	Porcentagem

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Perfil dos entrevistados em relação ao sexo. Anápolis, 2016.....	29
Gráfico 2 - Conhecimento sobre Protocolo de Segurança do Paciente. Anápolis, 2016	30
Gráfico 3 - Treinamento sobre Protocolo de Segurança do Paciente. Anápolis, 2016	31
Gráfico 4 - Utilização do Protocolo de Segurança do Paciente durante a rotina de trabalho. Anápolis, 2016.....	32
Gráfico 5 - Conhecimento da Equipe de Enfermagem sobre Evento Adverso. Anápolis, 2016.....	33
Gráfico 6 - Todos os eventos adversos que ocorrem na UPA são comunicados/notificados.	34
Gráfico 7 - Importância da Notificação/Comunicação da ocorrência de evento adverso.	35
Gráfico 8 - Notificação por escrito de evento adverso nos últimos 12 meses	36

LISTA DE TABELA

Tabela 1 - Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (PSP)	19
Tabela 2 - Metas implementadas pelo Ministério da Saúde	20
Tabela 3 - Protocolos do Programa Nacional Segurança do Paciente (PNSP).....	20
Tabela 4 - Definições adotadas pela Resolução de Diretoria Colegiada RDC-nº 36, de 25 de julho de 2013.....	21
Tabela 5 - Como você classificaria seu setor ou área de trabalho nesta unidade de Pronto Atendimento com relação a segurança do paciente?	37

RESUMO

A Segurança do Paciente em serviços de saúde é uma questão prioritária na Organização Mundial de saúde, pois inúmeras pessoas sofrem danos incapacitantes ou morrem em decorrência de assistência insegura à saúde. Entendendo a importância desta abordagem, este estudo objetivou a conhecer a percepção da equipe de enfermagem de uma Unidade de Pronto Atendimento – UPA – Anápolis – GO, sobre segurança do paciente. O estudo teve abordagem quantitativa do tipo descritiva. A coleta ocorreu por meio de um questionário padronizado e autoaplicável com técnicos de enfermagem e enfermeiros atuantes em diferentes turnos. A pesquisa foi realizada no período de Outubro e Novembro de 2016 com o total de 13 técnicos de enfermagem e 07 enfermeiros. Os dados obtidos foram analisados através de gráficos e quadros. Dentre os 20 profissionais participantes todos são do sexo feminino, com idade entre 26 a 48 anos. Visto que 85% dos profissionais entrevistados relatam conhecer o protocolo de segurança do paciente, porém 60% passaram por algum treinamento na unidade que atuam. Quanto a frequência da utilização do protocolo de segurança do paciente durante a rotina de trabalho 90% dos entrevistados relata utilizar. Quanto a importância da notificação 55% dos colaboradores entrevistados já notificaram por escrito algum evento adverso ocorrido na unidade, enquanto 45 % não relataram nenhuma notificação ocorrida.

Palavras-chaves: Segurança do Paciente. Eventos Adversos. Equipe de Enfermagem.

ABSTRACT

Patient Safety in health services is a priority issue in the World Health Organization as many people suffer disabling injuries or die from unsafe health care. Understanding the importance of this approach, this study aimed to know the perception of the nursing team of a Emergency Care Unit - UPA - Anápolis - GO, on patient safety. The study had a descriptive quantitative approach. The collection took place through a standardized and self-administered questionnaire with nursing technicians and nurses working in different shifts. The research was carried out in the period of October and November / 2016 with a total of 13 nursing technicians and 07 nurses. The data were analyzed through charts and graphs. Among the 20 participating professionals, all are female, aged between 26 and 48 years. Whereas 85% of the interviewed professionals report knowing the patient safety protocol, but 60% have undergone some training in the unit they work. As for the frequency of using the patient safety protocol during the work routine 90% of respondents report using. Regarding the importance of the notification, 55% of the interviewed employees already notified in writing some adverse event occurred in the unit, while 45% did not report any notification.

Keywords: Patient Safety. Adverse events. Nursing team.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 JUSTIFICATIVA	13
3 OBJETIVOS	14
3.1 Objetivo Geral	14
3.2 Objetivos Específicos	14
4 REFERENCIAL TEÓRICO	15
4.1 Contexto Histórico da Segurança do Paciente.....	15
4.2 Epidemiologia dos Eventos Adversos	17
4.3 PNSP – Programa Nacional de Segurança do Paciente.....	18
4.4 Qualidade na assistência à saúde: Uma questão de segurança do paciente .	22
4.5 Cultura de Segurança do Paciente	24
5 METODOLOGIA	27
5.1 Tipo e Local de Estudo	27
5.2 Participantes do Estudo	27
5.3 Critérios para Inclusão	27
5.4 Critérios para Exclusão	28
5.5 Instrumento para coleta de dados.....	28
5.6 Aspectos Éticos.....	28
5.7 Análise dos Dados	28
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	29
CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
REFERÊNCIAS	40
ANEXO A	46
ANEXO B	48

1 INTRODUÇÃO

A segurança do paciente se configura um problema mundial de saúde pública, em virtude das significativas práticas inseguras em âmbito hospitalar. Na atualidade, a atenção à saúde exige dos profissionais a preocupação com o atendimento, com intuito de garantir uma assistência com qualidade, segurança e satisfação do paciente e familiar em todo o processo (REIS, *et al.*, 2013).

O Ministério da Saúde (2013), por meio da portaria 529, lançou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), e um de seus objetivos específicos é promover a inclusão do tema Segurança do Paciente no ensino técnico e de graduação e pós-graduação na área da Saúde.

Nas últimas décadas, a preocupação com a segurança do paciente tornou-se assunto prioritário. Embora o cuidado em saúde traga enormes benefícios a todos os envolvidos, a ocorrência de erros é possível, e os pacientes podem sofrer graves consequências. Assim, a segurança do paciente pode ser então definida como o ato de evitar, prevenir ou melhorar os resultados adversos ou as lesões originadas no processo de atendimento médico-hospitalar e domiciliar (CAPUCHO, *et al.*, 2013).

Atualmente a segurança do paciente visa à redução de danos desnecessários, envolvendo a prática de ações que minimizem as complicações ao contexto e aos dispositivos a partir dos quais se presta o cuidado. Ainda, a segurança do paciente relaciona-se às ações destinadas à garantia da integridade das pessoas, prevenindo os eventos adversos e a prevenção da ocorrência de erros, promovendo assim, a assistência ao paciente mais segura (PINTO, *et al.*, 2015).

Wachter (2013) sugere que a segurança do paciente deve ser valorizada, mais do que nunca, principalmente nos hospitais, onde os profissionais trabalham em busca do melhor para os pacientes, mas que, devido à elevada complexidade, estes podem estar em risco só pelo fato de lá se encontrarem. Nos hospitais, a chance do erro acontecer é elevada pelo fato da prestação de serviços estar ligada a complexas interações entre pessoas, instalações, equipamentos e medicamentos.

A segurança do paciente é um dos componentes críticos da qualidade do cuidado em saúde. Como as organizações de saúde estão em processo contínuo de aprimoramento, existe o reconhecimento, por parte delas, de que é importante estabelecer uma cultura de segurança e, para isso, é imprescindível o entendimento de valores, crenças e normas. Também é fundamental o conhecimento sobre o que

é importante para a organização e quais atitudes e comportamentos, relacionados à segurança do paciente, são esperados e apropriados (PAIVA, *et al.*, 2014).

Estudo realizado por Aiken e Ratchem (2012) em 12 países da Europa e nos Estados Unidos, o pessoal de enfermagem e a qualidade do ambiente de trabalho (suporte gerencial para o cuidado de enfermagem, bom relacionamento médico-enfermeiro, a participação do enfermeiro na tomada de decisões e as prioridades organizacionais sobre a qualidade dos cuidados) foram significativamente associados com a satisfação do paciente e qualidade e segurança do cuidado. Este estudo ainda aponta que a existência de uma força de trabalho de enfermagem qualificada e comprometida é determinante para melhorar a segurança e a qualidade dos cuidados hospitalares e que a melhoria do ambiente de trabalho hospitalar pode ser uma estratégia organizacional, que pode contribuir para a melhoria da saúde.

A segurança do paciente consiste em reduzir o risco a um mínimo aceitável, de danos desnecessários associados ao cuidado à saúde. O “mínimo aceitável” é referente àquilo que é viável diante do conhecimento atual, dos recursos disponíveis e do contexto em que a assistência é realizada (WHO, 2009). Pode também ser definida como princípio fundamental para a qualidade da assistência, determinando que bens e serviços sejam fornecidos com o mínimo ou ausência total de riscos ou falhas, sem comprometer a continuidade do tratamento (SOUSA, 2014).

O ambiente hospitalar apresenta inúmeros riscos à saúde dos pacientes, os quais podem agravar seu estado de saúde. Portanto, cabe aos profissionais identificar os riscos à saúde presentes em cada unidade, garantir a segurança dos pacientes e o restabelecimento de sua saúde, bem como evitar ou minimizar as intercorrências durante sua estadia na instituição (FASSINI; HAHN, 2012).

Durante a hospitalização a enfermagem promove o papel principal na promoção da segurança do paciente por estar em contato prolongado no cuidado ao paciente. Mas, se esse cuidado não for administrado de forma correta, acarretará danos, comprometendo assim a segurança do paciente (VICENT, 2012).

Por isso é importante que o profissional de enfermagem esteja treinado e ciente das necessidades do seu paciente, agindo com competência e oferecendo uma ampla assistência, executando com responsabilidade todos os procedimentos, para que o paciente sinta seguro durante sua permanência no ambiente hospitalar (BOHOMOL; TARTALI, 2013).

2 JUSTIFICATIVA

A segurança do paciente é um tema que tem cada vez mais despertado o interesse da comunidade científica dada sua importância e significado. Em todo o mundo, a preocupação com a qualidade e segurança nos serviços de saúde prestados à população é crescente. Intimamente ligada a esse tema encontram-se os eventos adversos, pois comprometem o tratamento e a recuperação dos pacientes.

O estudo foi desenvolvido com o intuito de conhecer a percepção da equipe de enfermagem sobre segurança do paciente, tendo em vista que a existência de uma força de trabalho de enfermagem qualificada e comprometida é determinante para melhorar a segurança e a qualidade dos cuidados hospitalares e que a melhoria do ambiente de trabalho hospitalar pode ser uma estratégia organizacional, que pode contribuir para a melhoria da saúde.

Reconhecendo que a qualidade da assistência de enfermagem contribui, de forma direta, para uma boa evolução do quadro de saúde dos pacientes e sua satisfação diante dos cuidados recebidos e que essa qualidade está fortemente relacionada com a segurança da assistência prestada pela equipe de enfermagem.

Espera - se que este estudo contribua para o desenvolvimento de pesquisa sobre a temática e para o reconhecimento da sua importância, tanto no âmbito das organizações hospitalares quanto para profissionais de saúde, em especial os enfermeiros.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Conhecer a percepção da equipe de enfermagem sobre segurança do paciente em Unidade de Ponto Atendimento – UPA em Anápolis – GO.

3.2 Objetivos Específicos

- Analisar a satisfação dos profissionais em relação a qualidade e segurança durante a assistência à saúde.
- Averiguar a opinião dos profissionais sobre os motivos da ocorrência de eventos adversos, estratégias e prevenção existentes para notificação.
- Analisar o entendimento da Equipe de Enfermagem sobre segurança do paciente.
- Entender os motivos que levam a não notificação de eventos adversos.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Contexto Histórico da Segurança do Paciente

O movimento de segurança do paciente ganhou maior destaque no cenário mundial principalmente nas últimas décadas após a publicação de estudos que alertaram a comunidade científica e governos ao redor do mundo acerca dos resultados de uma assistência de má qualidade e do impacto econômico em virtude da ocorrência de erros evitáveis dentro das instituições hospitalares (CHARLES, 2012).

No entanto, a busca por melhores resultados na assistência não é recente. Alguns autores tem apontado o trabalho de Florence Nightingale, durante a Guerra da Criméia (1853-1856), como um dos marcos do movimento em prol da melhoria da qualidade da assistência. Durante o período de guerra, Florence instituiu práticas de higiene que resultaram na redução da mortalidade de soldados do Hospital de Scutari, Turquia (KOHN, *et al.*, 2000).

Baseada em dados epidemiológicos e de mortalidade das tropas britânicas, ainda de acordo com os autores acima citados, Florence propôs mudanças organizacionais e nas praticas de higiene dos hospitais que poderiam impactar na redução do número de pacientes internados.

Ainda no século XIX, o médico húngaro, Ignaz Philipp Semmelweis, apresentou a primeira evidência científica na redução das taxas de infecções, pela aplicação da higienização das mãos na prevenção da mortalidade materna (ISHIKAWA, 1986).

Por volta de 1910, Ernest Amory Codman, médico cirurgião do Hospital Geral de Massachussets nos EUA, foi um dos primeiros a enunciar uma proposta pautada no monitoramento efetivo dos resultados das intervenções e procedimentos médicos, dando maior ênfase a um sistema de padronização hospitalar (GAIDZINSKI, 1998).

Em 1917, nos EUA, o tema qualidade nos serviços de saúde começou a ser tratado pelo Colégio Americano de Cirurgiões (CAC), com o intuito de certificar padrões mínimos de avaliação regular da qualidade do cuidado prestado aos pacientes hospitalizados (ROONEY, 1999).

Na década de 60, Avedis Donabedian, médico pediatra, de origem armênia e estudioso da temática “Qualidade na Saúde”, foi um dos fundadores da “Avaliação da qualidade assistencial”, expandindo posteriormente para o modelo sistêmico de “Avaliação em Serviços de Saúde”, fundamentado na relação entre as três dimensões, Estrutura, Processo e Resultado (ISHIKAWA, 1986).

A Estrutura compreende as características estáveis e necessárias em uma instituição de saúde, como área física, recursos humanos, materiais, financeiros e organizacionais. Processo refere-se às atividades desenvolvidas na produção e no setor saúde, abrange as relações estabelecidas entre os profissionais e usuários. Resultado equivale ao produto das atividades realizadas nos serviços de saúde, bem como mudanças relacionadas ao estado de saúde e à satisfação do usuário e trabalhador (ISHIKAWA, 1986).

A questão da segurança do paciente tem sido considerada um atributo prioritário da qualidade em saúde, por ser entendida como um processo de livrar o paciente de lesões acidentais, estruturando sistemas e processos operacionais, objetivando minimizar a probabilidade de erros e maximizar a probabilidade de identificação dos erros quando eles ocorrerem (LORENZINI, *et al.*, 2014).

A segurança do paciente hospitalizado é uma das preocupações prioritárias no sistema de controle de qualidade, em instituições de saúde, a prestação da assistência ao paciente tem, como princípio básico, o atendimento e fornecimento de bens e serviços com o mínimo ou ausência total de riscos e falhas que possam comprometer a qualidade do cuidado (CHARLES, 2012).

Diante de toda discussão em torno dos riscos e das consequências inerentes ao ato de cuidar, com vistas à melhoria da qualidade da assistência, vários estudos começaram a ser realizados com intuito de identificar tanto os tipos quanto a gravidade dos danos provocados ao paciente durante o período de internação. No entanto, até meados da década de 90, os erros associados a assistência na saúde eram considerados um “subproduto” inevitável da medicina moderna ou um infortúnio advindo de maus prestadores de serviços (OLIVEIRA, *et al.*, 2014).

Erros são considerados não intencionais e são caracterizados por uma falha em realizar uma ação planejada ou a aplicação de um plano incorreto, podendo manifestar-se pelo ato de fazer o procedimento errado (ação) ou pela falha em executar a ação correta (omissão), tanto no planejamento, como na fase de

execução, fundamenta-se a partir da concepção de que os indivíduos são falíveis e, portanto, sujeitos a falhas em suas atividades (VICENT, 2012).

4.2 Epidemiologia dos Eventos Adversos

Um dos mais importantes estudos acerca da ocorrência de eventos adversos em paciente internados foi o *Harvard Medical Mal practice Study*. Nesta pesquisa, foi realizada uma revisão de 30.000 prontuários médicos em 51 hospitais da Cidade de Nova York (EUA). Os pesquisadores observaram que pacientes idosos tiveram incidência de eventos adversos duas vezes maior do que pacientes jovens. Além disso, verificam a ocorrência de quase quatro eventos adversos a cada 100 internações. Cerca de 30% decorreram de negligência e foram considerados eventos evitáveis. Dos pacientes que sofreram algum evento adverso, 70,5% tiveram incapacidade temporária, 2,6% incapacidade permanente e 13,6% evoluíram a óbito (ARANAZ, *et al.*, 2008).

No ano de 1999, pesquisa divulgada pelo *Institute of Medicine* (IOM) alertou que mais de 98 mil pessoas morreram nos EUA em decorrência de erros que poderiam ser prevenidos na assistência em saúde. Os autores acrescentaram que os custos resultantes desses erros foram responsáveis por parcelas significativas dos orçamentos das instituições (IOM, 1999).

Diante do impacto desses estudos, tanto entre profissionais da saúde quanto para a comunidade científica e para a sociedade, pesquisadores do mundo inteiro interessaram-se por investigar a incidência de eventos adversos e incidentes em ambientes e realidades diversas (VICENT, 2012).

Na Grã Bretanha, estudo retrospectivo realizado em dois hospitais evidenciou que cerca de 11% dos pacientes sofreram algum tipo de evento adverso, sendo que quase a metade foi considerado prevenível e um terço resultou em incapacidade minimamente moderada ou morte (PAESSE; SASSO, 2010).

Investigação realizada na Nova Zelândia revelou que cerca de 5% das admissões estavam associadas a eventos preveníveis. Pacientes idosos, aqueles pertencentes a grupos étnicos minoritários e áreas específicas do hospital apresentaram maior risco. Em média, esses eventos requereram cerca de quatro semanas adicionais de internação hospitalar (PAESSE; SASSO, 2010).

Com intuito de avaliar a incidência de eventos adversos em hospitais brasileiros, pesquisa conduzida em três hospitais universitários do Estado de Rio de Janeiro evidenciou uma incidência de eventos adversos de 7,6% em uma amostra de 1103 pacientes. Quase 67% do total de eventos foram considerados evitáveis. Revisão retrospectiva de 15.548 prontuários de pacientes em internações hospitalares ocorridas em oito países em desenvolvimento no ano de 2005 mostrou que 8,2% dessas internações apresentaram ao menos um evento adverso, com uma variação de 2,5% a 18,4% entre os países. Desses eventos, 83% foram considerados evitáveis e cerca de 30% estiveram associados a morte do paciente (TRAVASSOS, *et al.*, 2009).

Considerando um dos ambientes mais complexos dentro da estrutura hospitalar, as UTIs são vistas como uma das áreas onde ocorre maior número de E/A (Eventos Adversos), motivo pelo qual também tem recebido atenção de diversos estudiosos. Pesquisa Americana conduzida em uma UTI coronariana, também de um hospital universitário de nível terciário, constatou que, dentre 420 internações, 20,6% foram acompanhadas de eventos adversos das quais, 45% foram considerados evitáveis e 13% representaram risco de morte ou foram fatais (MELLO; BARBOSA, 2013).

Diante de tantas evidências quanto a ocorrência dos eventos adversos nos resultados da assistência, diversas iniciativas foram criadas com o intuito de melhor compreender as suas causas, vislumbrando a implementação de ações que pudessem mitigar o erro (MOURA; MAGALHÃES, 2013).

4.3 PNSP – Programa Nacional de Segurança do Paciente

Por se tratar de um assunto extremamente sério e relevante para a saúde pública, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) publicou a Portaria nº 529 de 1 de abril de 2013 que instituiu o PNSP, o qual tem como objetivo contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional (BRASIL, 2013). A fim de atingir os objetivos do programa, a ANVISA publicou em 25 de julho de 2013 a RDC nº 36 que instituiu ações para a segurança do paciente com o objetivo de melhorar a qualidade da assistência nos serviços de saúde, sejam eles públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares, incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa (BRASIL, 2013).

A Portaria 529/2013 instituiu, no seu Art. 6º, o Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (CIPNSP), que se trata de uma instância colegiada, de caráter consultivo e que tem por finalidade promover ações que visem a melhoria da segurança do cuidado em saúde (BRASIL, 2013). A fim de alcançar os objetivos do PNSP, o Art. 8º da RDC 36/2013 regulamenta o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (PSP). Esse plano deve ser elaborado pelo Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e estabelece algumas estratégias e ações de gestão de risco, conforme as atividades desenvolvidas pelo serviço de saúde, sendo essas estratégias e ações descritas na Tabela 1.

Tabela 1 - Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (PSP)

I	Identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos no serviço de saúde, de forma sistemática;
II	Integrar os diferentes processos de gestão de risco desenvolvidos nos serviços de saúde;
III	Implementação de protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde;
IV	Identificação do paciente;
V	Higiene das mãos;
VI	Segurança Cirúrgica;
VII	Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos;
VIII	Segurança na prescrição, uso e administração de sangue e hemocomponentes;
IX	Segurança no uso de equipamentos e materiais;
X	Manter registro adequado do uso de órteses e próteses quando este procedimento for realizado;
XI	Prevenção de quedas dos pacientes;
XII	Prevenção de úlceras por pressão;
XIII	Prevenção e controle de eventos adversos em serviços de saúde, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde;
XIV	Segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral;
XV	Comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde;
XVI	Estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada;

XVII Promoção do ambiente seguro.

Fonte: ANVISA, 2013

Dentre todas essas ações e estratégias, o Ministério da Saúde escolheu seis metas para implementar dentro dos serviços de saúde, descritos na tabela 2 (ANVISA, 2013).

Tabela 2 - Metas implementadas pelo Ministério da Saúde

I	Identificação correta do paciente;
II	Melhorar a comunicação entre profissionais de saúde;
III	Melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos;
IV	Assegurar a cirurgia em local de intervenção, procedimento e pacientes corretos;
V	Higienizar as mãos para evitar infecções;
VI	Reduzir o risco de queda e úlceras por pressão;
VII	Reduzir o risco de queda e úlceras por pressão.

Fonte: ANVISA, 2013

Organização Mundial de Saúde (OMS), em parceria com a FIOCRUZ e a ANVISA, publicou 06 protocolos básicos de segurança do paciente ainda no ano de 2013, com recomendações para melhorar a qualidade e a segurança da assistência à saúde nas unidades de saúde de todo o território nacional. São eles:

Tabela 3 - Protocolos do Programa Nacional Segurança do Paciente (PNSP)

I	Protocolo de identificação do paciente;
II	Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos;
III	Protocolo para Cirurgia Segura;
IV	Protocolo para a Prática de Higiene das Mãos em Serviços de Saúde;
V	Protocolo para Prevenção de Úlceras por Pressão;
VI	Protocolo para prevenção de quedas.

Fonte: ANVISA, 2013

Esses protocolos fazem parte do processo de implantação do PNSP e constituem instrumentos para construir uma prática assistencial segura. Eles também são componentes obrigatórios dos planos de segurança do paciente aos quais se refere à Resolução da Diretoria Colegiada nº 36 de 25 de julho de 2013 (BRASIL, 2013).

A RDC Nº 36, de 25 de julho de 2013 institui ações para a promoção da segurança do paciente e para a melhoria da qualidade nos serviços de saúde, e ainda, prevê, em seu Art. 4º, a criação dos NSPs com a responsabilidade e o poder para executar as ações do PNSP. Os NSPs são instâncias que devem ser criadas nos estabelecimentos de Saúde para promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente e, para o funcionamento sistemático e contínuo do NSP, a direção do serviço de saúde deve disponibilizar de um profissional responsável com participação nas instâncias deliberativas do serviço de saúde (BRASIL, 2013).

A abordagem acerca da Segurança do Paciente por meio de conceito e de classificação facilita a compreensão. Na tabela IV estão descritos alguns conceitos conforme a Resolução RDC nº 36/2013 (BRASIL, 2013).

Tabela 4 - Definições adotadas pela Resolução de Diretoria Colegiada RDC-nº 36, de 25 de julho de 2013

Segurança do paciente	Redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde.
Cultura da segurança	Conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde.
Dano	Comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico.
Evento adverso	Incidente que resulta em dano à saúde.
Garantia da qualidade	Totalidade das ações sistemáticas necessárias para garantir que os serviços prestados estejam dentro dos padrões de qualidade exigidos para os fins a que se propõem.
Gestão de risco	Aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na

	identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional.
Incidente	Evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário à saúde.
Núcleo de segurança do paciente (NSP)	Instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente.
Plano de segurança do paciente em serviços de saúde	Documento que aponta situações de risco e descreve as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão de risco visando a prevenção e a mitigação dos incidentes, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente no serviço de saúde.
Boas práticas de funcionamento do serviço de saúde	Componentes da garantia da qualidade que asseguram que os serviços são ofertados com padrões de qualidade adequados.
Serviço de saúde	Estabelecimento destinado ao desenvolvimento de ações relacionadas à promoção, proteção, manutenção e recuperação da saúde, qualquer que seja o seu nível de complexidade, em regime de internação ou não, incluindo a atenção realizada em consultórios, domicílios e unidades móveis;
Tecnologias em saúde	Conjunto de equipamentos, medicamentos, insumos e procedimentos utilizados na atenção à saúde, bem como os processos de trabalho, a infraestrutura e a organização do serviço de saúde.

Fonte: Ministério da Saúde, 2013

4.4 Qualidade na assistência à saúde: Uma questão de segurança do paciente

Nos últimos anos, tem se apresentado um interesse crescente pela qualidade em todos os setores, sendo algo bastante notável na área da saúde, fazendo com que a questão da qualidade na assistência à saúde venha ganhando grande espaço na agenda mundial de saúde pública (NUNES, *et al.*, 2014).

Wachter (2013) ressalta que todo indivíduo, ao recorrer um serviço de saúde, tem o direito de receber uma assistência à saúde de qualidade, onde os serviços de saúde devem oferecer uma atenção que seja efetiva, eficiente e segura, que seja capaz de garantir a satisfação do paciente em todo o processo. Entretanto, verifica-

se que existem situações na prestação da assistência à saúde onde ocorrem erros ou falhas, evidenciando lacunas na qualidade da assistência à saúde.

Logo, considera-se que essas situações na assistência em saúde vão de encontro aos princípios de um serviço de saúde de melhorar, curar, tratar os indivíduos que o recorrem, pois, podem resultar em efeitos contrários ao desejado, piorando a condição de saúde dos indivíduos que carecem de cuidado, contribuindo negativamente com o funcionamento e o equilíbrio da qualidade da assistência à saúde (MOURA; MAGALHÃES, 2013).

A qualidade na assistência à saúde é considerada como o grau com que os serviços de saúde voltados para cuidar de pacientes individuais ou de populações aumentam a chance de produzir os resultados desejados e se constitui de uma série de atributos tais como: segurança, efetividade, eficiência, equidade, entre outras (REIS, *et al.*, 2013).

Dentre esses atributos, o da segurança, é considerado como a ausência de dano desnecessário, real ou potencial, associado à atenção à saúde. Dessa forma, a segurança do paciente é vista como um conjunto de estratégias/intervenções capazes de prevenir/reduzir o risco de dano ao paciente decorrente do cuidado de saúde a fim de evitar essas situações na assistência à saúde (SCHIESARI; KISIL, 2013).

Logo, a segurança se apresenta como um princípio fundamental da assistência ao paciente e um componente crítico da gestão da qualidade, e sua melhoria exige um sistema complexo de amplo esforço, envolvendo uma gama de ações na melhoria de desempenho, requerendo uma abordagem abrangente e multifacetada para identificar e gerenciar riscos reais e potenciais ao paciente a fim de garantir a segurança em serviços individuais e encontrar soluções gerais de longo prazo para o sistema como um todo (WHO, 2009).

Vários estudos vêm evidenciando o aumento crescente dessas situações na prestação da assistência à saúde, fazendo com que nos últimos anos, o atributo da segurança do paciente venha sendo considerado como prioritário pelos sistemas de saúde de todo o mundo no cenário da qualidade da assistência à saúde (MELLO; BARBOSA, 2013).

Os erros ou falhas na prestação da assistência à saúde são denominados incidentes, que podem ou não causar dano ao paciente, sendo que, o incidente que resulta num dano ou lesão ao paciente é denominado de evento adverso, podendo

representar um prejuízo temporário ou permanente e até mesmo a morte entre os usuários dos serviços de saúde (MOURA; MAGALHÃES, 2013).

São vários os tipos de complexidades de eventos adversos relacionados à assistência à saúde, entretanto, independente do tipo ou complexidade, de maneira geral, esses eventos representam uma importante fonte de morbidade e mortalidade no cenário mundial, afetando países de todos os níveis de desenvolvimento, e embora as estimativas do tamanho do problema sejam imprecisas, é provável que milhões de pessoas sofram lesões ou até mesmo morte diretamente atribuíveis às falhas decorrentes da assistência à saúde (WHO, 2009).

No contexto do Brasil, assim como o movimento internacional, o país vem estimulando ações com foco na segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde, com o intuito de aumentar a adesão às boas práticas a fim de reduzir os riscos decorrentes da assistência à saúde (CHARLES, 2012).

4.5 Cultura de Segurança do Paciente

Segundo o *Institute of Medicine*, além da abordagem sobre as características individuais dos profissionais, o maior desafio em direção a um sistema de saúde mais seguro consiste em modificar a cultura de culpar indivíduos isoladamente quando da ocorrência de um erro para uma cultura em que os erros não são tratados como falhas pessoais, mas como oportunidades de melhorar o sistema e evitar danos decorrentes da assistência (CARVALHO, 2012).

Alcançar uma cultura de segurança requer a compreensão dos valores dos profissionais de saúde, crenças e normas sobre o que é importante em uma organização, quais atitudes e comportamentos são esperados e apropriados e quais processos e procedimentos são recompensados e punidos em relação a segurança do paciente (PAESSE; SASSO, 2010).

A identificação dos fatores intervenientes na cultura de segurança das organizações e o impacto sobre a ocorrência de Eventos Adversos é fundamental para auxiliar gestores a identificar áreas vulneráveis do sistema uma vez que poderá auxiliá-los na elaboração de propostas mais focadas as realidades de cada instituição (ROQUE; MELO, 2012).

Segundo Reis *et al.* (2013), a tendência atual para o gerenciamento do erro consiste no estímulo ao relato/notificação do erro nas organizações de saúde. Esta

prática, no entanto, frequentemente encontra numerosas barreiras, como o medo de punição e falta de comunicação/feedback depois que os erros são relatados e ausência de mudanças no sistema.

A cultura de segurança, em substituição a cultura punitiva, favorece a real e precoce identificação de falhas no sistema organizacional dos serviços e tem sido citada como um elemento chave para o bom desenvolvimento de instituições de alto risco (REIS, *et al.*, 2013).

De acordo com Wachter (2013), a implementação da cultura de segurança nas instituições de saúde é o primeiro de sete passos para estabelecer um ambiente seguro, embora seja um dos passos mais difíceis para uma instituição, é imprescindível a implementação de uma cultura de segurança para melhorar a segurança do paciente.

Neste sentido, a cultura de segurança de uma instituição fornece informações importantes sobre o grau de segurança de um determinado grupo de trabalho ou de uma organização como um todo. Uma cultura de segurança positiva está associada a adoção de comportamentos seguros e diminuição de eventos adversos, diretamente relacionados a segurança do paciente (WACHTER, 2013).

Estudo realizado por Paesse e Sasso, (2010) identificou que atitudes da gerência quanto as questões de segurança, presença de políticas de prevenção de riscos e pressão no ambiente de trabalho foram os principais itens associados a ocorrência de eventos.

Em uma análise do clima de segurança em instituições de saúde japonesas, pesquisadores concluíram que as atitudes da administração quanto a segurança e a comunicação entre os membros da equipe foram os fatores que obtiveram maior destaque. A fadiga, as condições de trabalho do enfermeiro, a ausência de supervisão de enfermagem e a comunicação deficiente entre enfermeiros e médicos foram os itens que estavam mais diretamente associados ao clima de segurança negativo entre profissionais japoneses (VITURI; MATSUDA, 2012).

Estudo realizado em duas unidades de terapia intensiva observou que, após a implementação de um programa de segurança, houve redução na média do tempo de permanência e nos erros de medicação (ROZENFELD, *et al.*, 2013).

Pesquisa realizada em organizações hospitalares acreditadas, cujo objetivo foi conhecer as opiniões dos profissionais de saúde quanto as dimensões de segurança do paciente, observou que lideranças atribuem importância ao tema. No

entanto, as organizações hospitalares estudadas ainda possuem uma cultura de ações punitivas frente aos erros (NEVES; MELGAÇO, 2013).

Retomando a Teoria de Reason, de que a avaliação da qualidade dos serviços de saúde apoiada no tripé da estrutura (planta física, recursos humanos, materiais e modelo administrativo), processo (atividades assistenciais) e resultado (consequências das atividades para o estado de saúde do paciente) permite a análise sistêmica dos Eventos Adversos possibilitando a identificação de pontos vulneráveis existentes em todas as diferentes fases do atendimento a saúde e projetando perspectivas para a prevenção efetiva dessas ocorrências, entende-se como oportuna a presente investigação (FELDMAN, *et al.*, 2014).

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo e Local de Estudo

Pesquisa de abordagem quantitativa do tipo descritiva, realizada no período de Outubro e Novembro 2016.

A pesquisa quantitativa-descritiva é descrita como a investigação de pesquisa empírica cuja finalidade é delinear ou interpretar características de fatos ou fenômenos, avaliar programas ou isolar variáveis principais ou chaves utilizando métodos formais semelhantes aos projetos experimentais qualificado pela exatidão e controle estatístico para fornecer dados para a verificação de hipóteses, empregando técnicas como entrevistas, questionários, formulários e procedimentos de amostragem (MACONI; LAKATOS, 2010).

Para a realização do presente estudo selecionou-se a Unidade Pronto Atendimento UPA, localizada na Cidade de Anápolis – GO. A Unidade de Pronto Atendimento foi inaugurada em Julho de 2014, com capacidade para atender 400 pacientes diariamente pelo Sistema Único de Saúde – SUS, em várias especialidades médicas como pediatria, clínica geral, odontologia, e ortopedia. Também são ofertados serviços das Equipes Multidisciplinares como Nutricionista; Assistente social; Farmacêutico; Enfermeiro; Técnicos de enfermagem; Biomédico, Laboratório, Radiologia, e Gesso.

5.2 Participantes do Estudo

Os participantes deste estudo foram compostos pela Equipe de Enfermagem (13 técnicos de enfermagem e 7 Enfermeiros) da UPA .

5.3 Critérios para Inclusão

Foram inclusos neste estudo os técnicos de enfermagem e enfermeiros que estivessem de plantão na UPA, e aceitassem participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

5.4 Critérios para Exclusão

Foram excluídos da pesquisa os sujeitos que não contemplaram os critérios descritos acima (item - 5.3.), que não desejaram participar voluntariamente da pesquisa ou não compareceram no dia da aplicação do instrumento de coleta de dados.

5.5 Instrumento para coleta de dados

Os dados foram coletados por meio de um questionário semi - estruturado com questões fechadas ou dicotômicas e perguntas de múltipla escolha, sendo a primeira parte composta por variáveis para a caracterização da amostra: sexo, idade, tempo de formação e atuação, e a segunda parte questões que enfatizam o conhecimento dos profissionais de saúde sobre segurança do paciente (Apêndice A).

Os dados obtidos serão armazenados pelo pesquisador responsável durante cinco anos por segurança e depois serão incinerados. Estes foram organizados em planilhas eletrônicas no Programa Microsoft Excel para elaboração da tabela e dos gráficos de acordo com os resultados para melhor apresentação. Foi realizada uma análise descritiva dos dados, sendo as frequências relativas e absolutas calculadas.

5.6 Aspectos Éticos

Foram obedecidos todos os princípios e postulados éticos, conforme a Resolução nº 466 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), de 12 de Dezembro de 2012, e seus complementos (BRASIL, 2012).

O questionário foi aplicado após a concordância do técnico de enfermagem e/ou enfermeiro aceitar participar do estudo e da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo A e B).

5.7 Análise dos Dados

Os dados foram tabulados no *excel* em gráficos e tabelas.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo, inicialmente, será apresentado a caracterização dos participantes, e posteriormente a análise e discussão dos dados atribuídos ao conhecimento da equipe de enfermagem sobre segurança do paciente em UPA – GO.

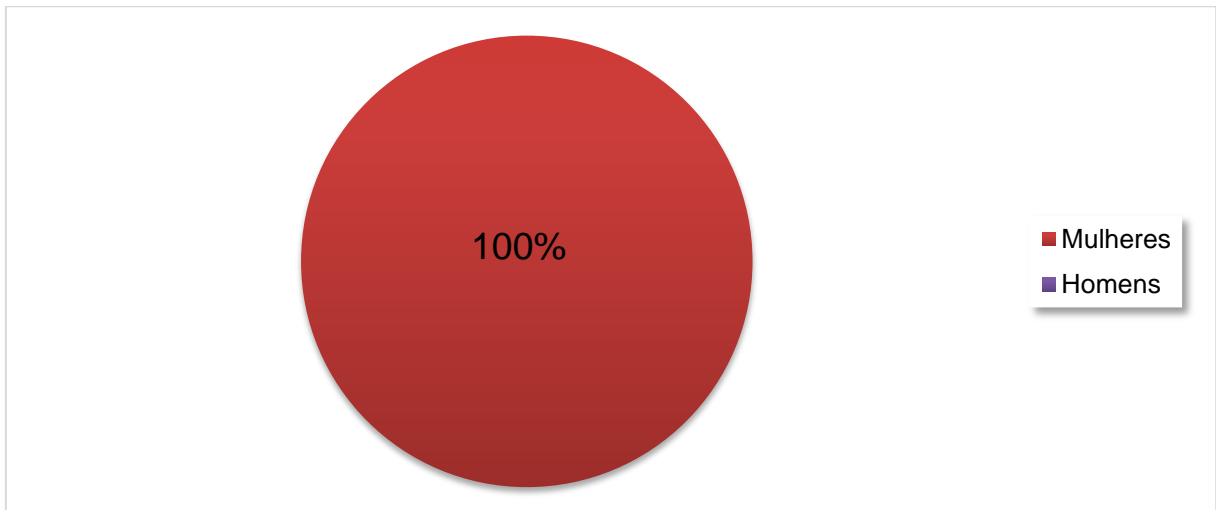


Gráfico 1 - Perfil dos entrevistados em relação ao sexo. Anápolis, 2016
Fonte: Dos Autores

No gráfico 1 foram entrevistados 20 profissionais da equipe de enfermagem, sendo todos 100% sexo feminino, com idade entre 26 a 48 anos.

A enfermagem como opção profissional, refere-se ser uma profissão de mulheres, que envolve representações sociais inerentes às “características” da mulher ideal numa sociedade ainda dominada pelos os homens tais como: submissão, abnegação, disciplina, pureza, humildade e “domesticidade”. Reforçando este pensamento, lembra que a enfermagem, como magistério, é caracterizada como uma profissão de mulheres, profissão esta que, no mundo público, representava uma extensão do lar, de um feminino dócil, que cuida, nutre e educa (SOBRAL, 2009).

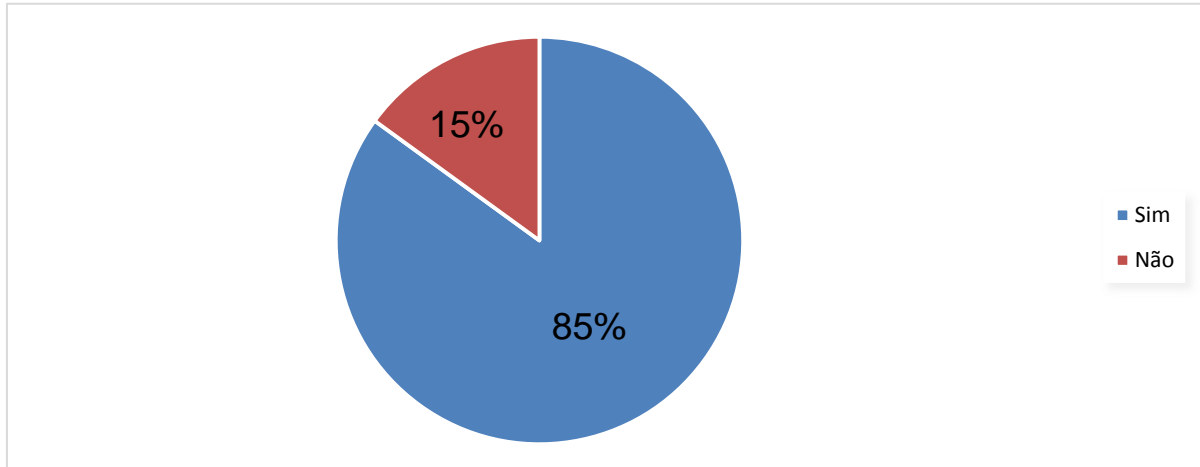


Gráfico 2 - Conhecimento sobre Protocolo de Segurança do Paciente. Anápolis, 2016
Fonte: Dos Autores

No gráfico 2 podemos observar que 85% dos entrevistados relatam conhecer o protocolo de segurança do paciente, 15% afirmaram não conhecer. Assim, é um aspecto positivo que a maioria dos participantes tenha conhecimento sobre o protocolo de segurança do paciente, pois é uma garantia para o melhor atendimento do paciente e prevenção de acidentes.

A Portaria MS/GM nº 529/2013 estabelece que um conjunto de protocolos básicos, definidos pela OMS, deve ser elaborado e implantado: prática de higiene das mãos em estabelecimentos de Saúde; cirurgia segura; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; identificação de pacientes; comunicação no ambiente dos estabelecimentos de Saúde; prevenção de quedas; úlceras por pressão; transferência de pacientes entre pontos de cuidado; e uso seguro de equipamentos e materiais. Esses protocolos são os recomendados pela OMS, quer nos desafios globais – prática de higiene das mãos e estabelecimentos de Saúde; cirurgia segura, quer nas chamadas soluções de segurança para o paciente – medicamentos com nomes e embalagens semelhantes; controle de soluções eletrolíticas concentradas; garantia da medicação correta em transições dos cuidados (conciliação medicamentosa); identificação do paciente; comunicação correta durante a transmissão do caso (BRASIL, 2014).

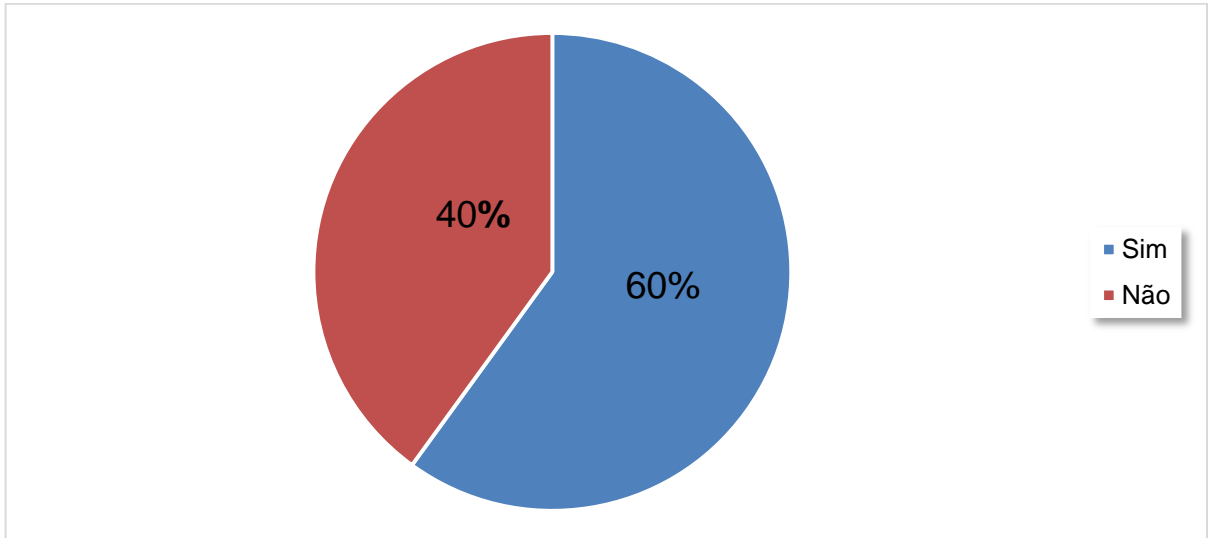


Gráfico 3 - Treinamento sobre Protocolo de Segurança do Paciente. Anápolis, 2016
Fonte: Dos Autores

O gráfico 3 apresenta os dados referentes ao treinamento sobre o protocolo de segurança do paciente na unidade, 60% declaram que já participaram de algum treinamento na área, 40% não fizeram nenhuma capacitação. Diante disso, podemos observar que mais da metade dos entrevistados apresentarem treinamento, o ideal seria que essa quantidade fosse maior, devido a importância do protocolo de segurança do paciente.

Compete à gestão Municipal/Distrital/Estadual/Nacional definir no universo notificado, quais incidentes e eventos serão priorizados para a determinação de metas e políticas públicas de saúde, que podem ser ampliadas ou revistas em tempo oportuno. No âmbito nacional, são considerados prioritários para a notificação e investigação os eventos considerados graves, como os *never events*, eventos que nunca deveriam ocorrer em serviços de saúde, definidos no Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária (NOTIVISA) como "evento grave", e os eventos adversos que resultaram em óbito do paciente (ANVISA 2015).

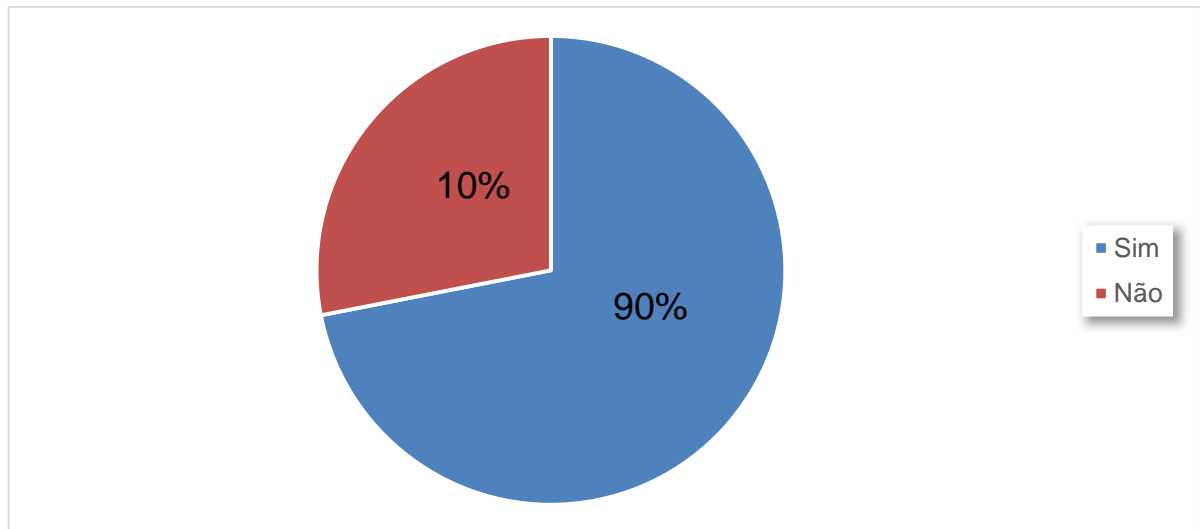


Gráfico 4 - Utilização do Protocolo de Segurança do Paciente durante a rotina de trabalho. Anápolis, 2016
Fonte: Dos Autores

Na análise do gráfico 4 verificamos que 90% dos entrevistados fazem uso do protocolo de segurança durante sua rotina de trabalho, sendo que somente 10% demonstraram não utilizar. Portanto, considerando-se que há uma parcela dos indivíduos que alegaram não fazer uso do protocolo é preocupante o reflexo disso no decorrer do atendimento ao paciente. Visto que podem ocorrer erros irreversíveis aos pacientes quando o protocolo não for seguido.

A segurança do paciente na prestação de serviços de saúde tem se tornado um assunto imperativo, representando um grande desafio para o aperfeiçoamento da qualidade na assistência à saúde. Atualmente, o cenário vivenciado por muitos países tem apontado para a constante busca de melhorias na segurança do paciente. Nessa perspectiva, os profissionais de saúde têm sido motivados a avaliar a cultura de segurança do seu ambiente de trabalho, visando entender o que as equipes pensam e como agem em relação à segurança do paciente (MINUZZI, *et al.*, 2016).

A questão da segurança da assistência aos pacientes nas instituições é um assunto tão óbvio e incorporado ao cotidiano que, quando noticiada pela mídia a ocorrência de erros na assistência à saúde, como cirurgias em locais e pacientes errados e super dosagens de medicações, entre outros, a reação é de perplexidade. Entretanto, apesar do cuidado em saúde trazer enormes benefícios a todos os envolvidos, a ocorrência de erros é possível, e os pacientes podem sofrer graves consequências, até mesmo o óbito (OLIVEIRA, 2011).

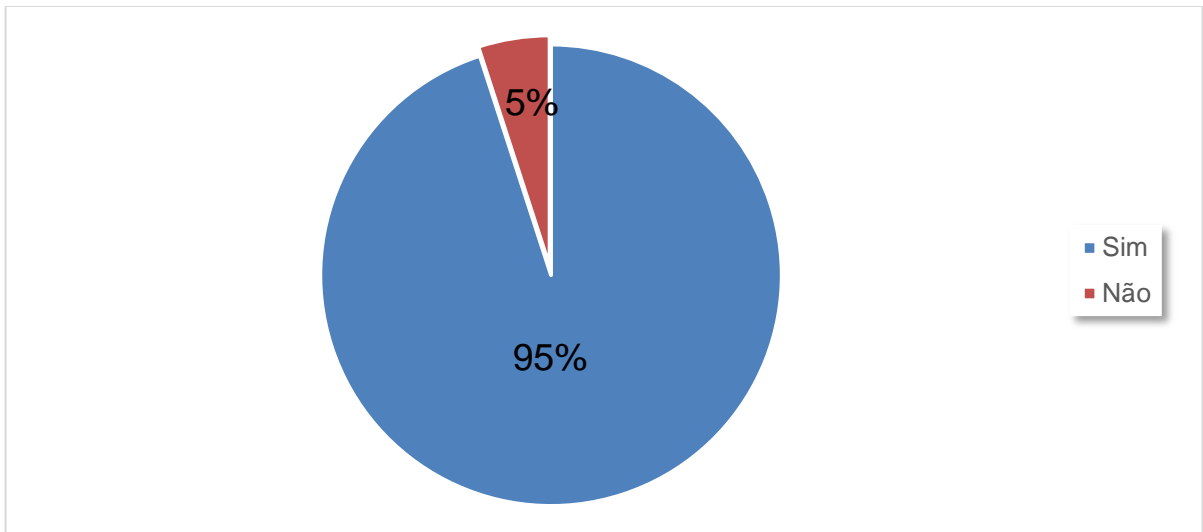


Gráfico 5 - Conhecimento da Equipe de Enfermagem sobre Evento Adverso. Anápolis, 2016
Fonte: Dos Autores

No gráfico 5 foi investigado a ciência sobre evento adverso, foi constatado que 95% dos participantes afirmaram ter conhecimento do termo, enquanto 5% não. Eventos adversos podem provocar complicações aos cuidados prestados aos pacientes, dessa forma, é conveniente que a maior parte dos integrantes da pesquisa tem entendimento sobre o evento adverso.

A abordagem tradicional para os erros relacionados com a assistência à saúde tem sido acusar o profissional que estava prestando cuidados ao paciente: o médico que está realizando uma cirurgia, a enfermeira aplicando uma medicação, o farmacêutico preparando a quimioterapia, entre outros. Ao longo dos últimos anos, temos reconhecido que esta abordagem subestima o fato de que a maioria dos erros é cometida por indivíduos comprometidos e bem treinados, e que é pouco provável que esses erros sejam prevenidos por meio de repreensão às pessoas para que sejam mais cuidadosas, ou envergonhando-as ou processando as (WACHTER, 2013).

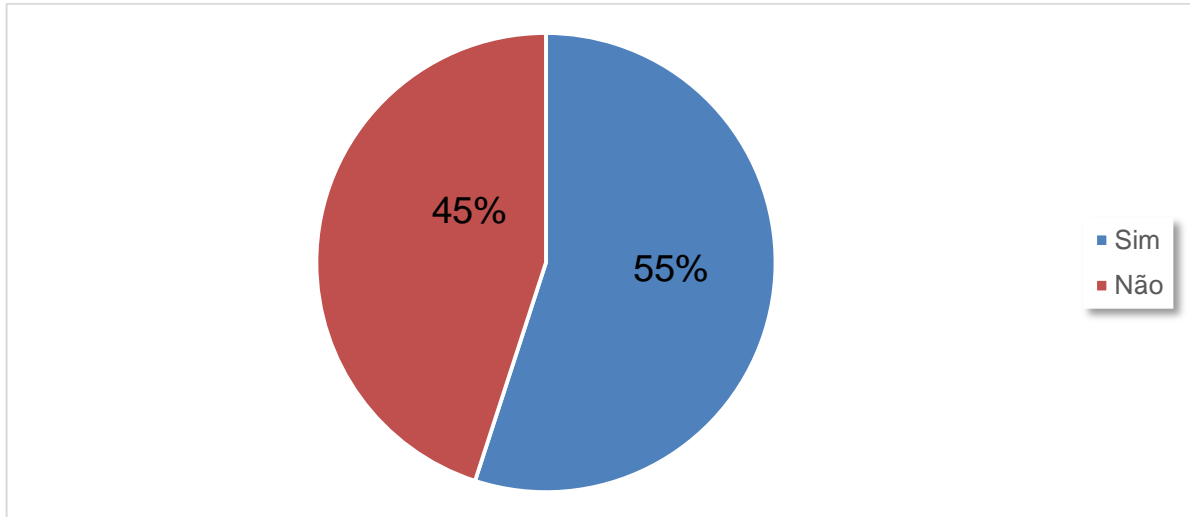


Gráfico 6 - Todos os eventos adversos que ocorrem na UPA são comunicados/notificados.
Fonte: Dos Autores

O gráfico 6 apresenta o questionamento se todos os eventos adversos que ocorrem nesta unidade/instituição são comunicados/notificados, 55% dos colaboradores da pesquisa afirmaram que sim, ao passo que 45% não. A comunicação de eventos adversos é uma atividade essencial para a prevenção de incidentes e erros que o possam prejudicar ao paciente.

Entre suas possíveis utilizações, os dados notificados podem gerar informações para identificar padrões e tendências sobre a segurança do paciente, priorizando a aprendizagem contínua e a indução do enfrentamento dos problemas identificados e adoção de medidas gerenciadas em base ao risco. Assim, será possível desenvolver soluções com o intuito de evitar que danos aos pacientes em serviços de Saúde venham a se repetir, melhorando a qualidade e a Segurança do Paciente nesses serviços (BRASIL, 2014).

No intuito de melhorar a comunicação entre os profissionais, deve-se promover uma comunicação aberta, onde eles se sintam-se livres para conversar sobre os erros que podem afetar o paciente, e ao mesmo tempo, à vontade para questionar os profissionais hierarquicamente superiores sobre questões relacionadas à segurança do paciente, fortalecendo o trabalho em equipe, com capacidade compartilhada de mudanças e motivação para agir em prol da segurança (MENDES, *et al.*, 2014).

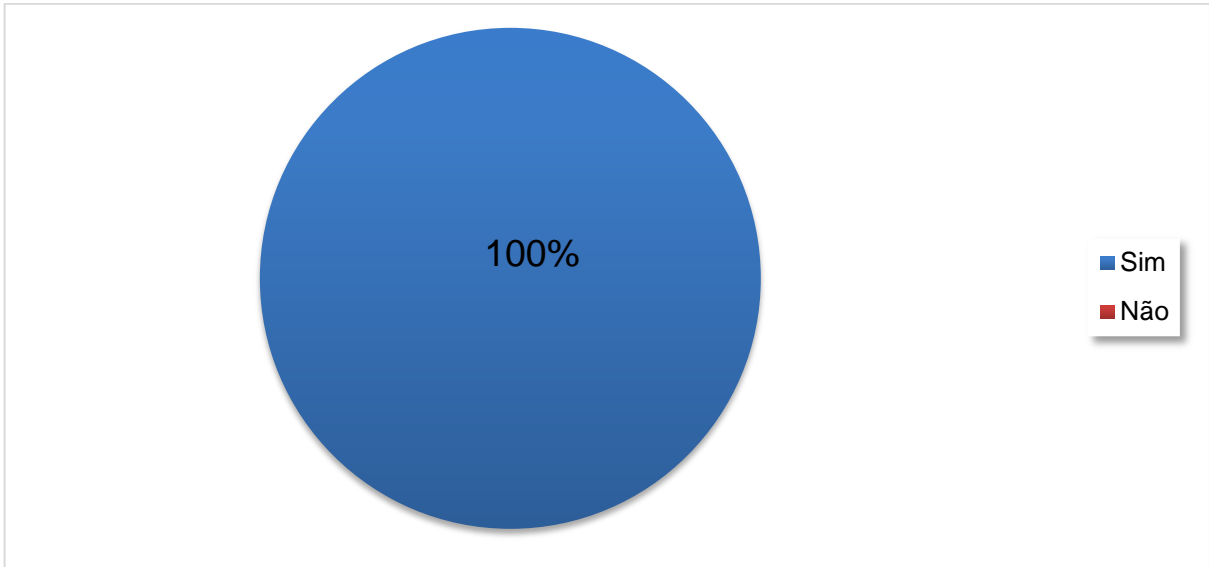


Gráfico 7 - Importância da Notificação/Comunicação da ocorrência de evento adverso.
Fonte: Dos Autores

O gráfico 7 indica a importância da notificação/comunicação a ocorrência dos eventos adversos, nele verificamos a unanimidade, onde 100% consentiu com a importância da comunicação desses eventos. Quanto a isso, vemos a contradição diante da pergunta anterior, na qual 45% afirma não comunicar os eventos adversos que ocorrem na unidade.

Comunicar, aos estudantes, conhecimentos complexos, mas que são importantes no e para o exercício profissional, tem promovido a discussão sobre quais saberes são necessários e fundamentais para o exercício de uma profissão em diversas áreas do conhecimento, mais especificamente na área da Saúde. Tal fato implica desenvolver um currículo cuja perspectiva deve ser levar os sujeitos a construir conhecimentos de forma significativa, desenvolvendo competências e habilidades diversas, contribuindo para a construção de profissionais críticos e reflexivos, aptos a assumir posições de liderança, e tendo em vista o bem-estar da comunidade (BRASIL, 2013).

A notificação voluntária, que consiste na comunicação de eventos adversos e demais incidentes, encaminhadas por profissionais de saúde ou pacientes, espontaneamente, é o método mais utilizado ao redor do mundo para coletar informações, para Capucho, Arnas e Bassiani (2013), a principal dificuldade da notificação voluntária é a subnotificação, que ocorre por diversos fatores, entre eles o medo, a culpa, a vergonha, a autopunição, medo da crítica de outras pessoas e do litígio, e que é muito comum em vários países. Além disso, para estes mesmos

autores, há a alegação de dificuldades para realizar uma notificação com a extensão e a natureza de que deve ser relatado. O tipo de sistema de notificação, a facilidade para enviá-la, a existência de incentivo e de obstáculos. Verifica-se também que ainda predomina a percepção de que falhas na segurança do paciente resultam apenas em ações punitivas para o profissional, e isso impede que o assunto seja discutido com vistas à melhoria do cuidado em saúde e à redução de riscos ao paciente (CARVALHO; SILVA, 2010).

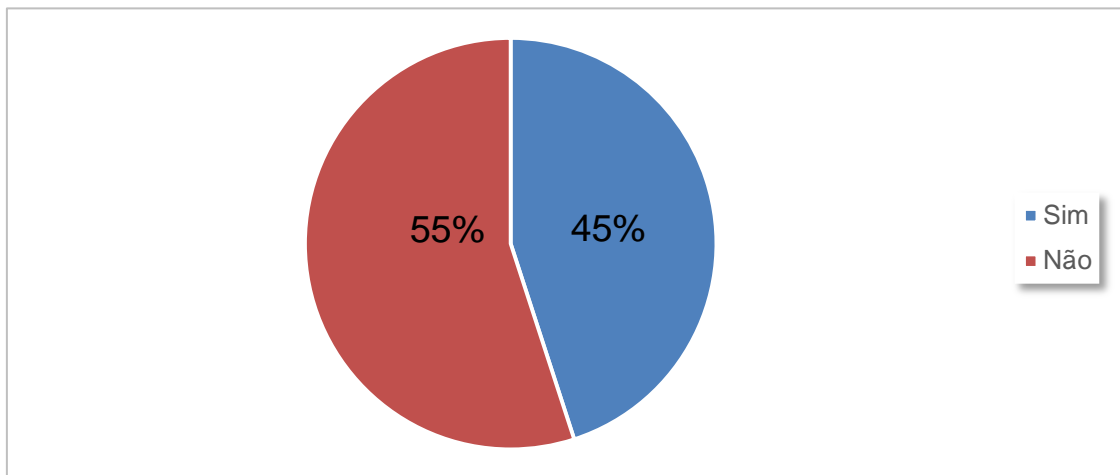


Gráfico 8 - Notificação por escrito de evento adverso nos últimos 12 meses

Fonte: Dos Autores

Podemos observar no gráfico 8 que 55% dos colaboradores entrevistados já notificaram por escrito algum evento adverso ocorrido na unidade, enquanto 45 % não relataram nenhuma notificação ocorrida.

O sistema de notificação de incidentes é apontado tanto na literatura quanto pelas autoridades sanitárias como um mecanismo com capacidade de atuar para a correção rápida dos incidentes detectados e deve ser introduzido como procedimento na rotina dos profissionais, visando uma cultura mais segura. (DE WET; JOHNSON, 2012).

A implementação de um sistema de notificação de erros nas instituições de saúde possui os seguintes benefícios principais: permite aprender com os erros ocorridos; monitorar e detectar potenciais erros para o futuro; permite que investigações sejam feitas prontamente a fim de ser uma compreensão do que ocorreu para os casos de reclamações; permite dar um feedback das informações apuradas sobre natureza do erro ocorrido (AHLUWALIA; MARRIOT, 2005).

Cabe ressaltar a responsabilidade dos profissionais de enfermagem em comunicar e registrar por escrito todas as suas ações de modo completo e fidedigno, conforme estabelecido pelo Código de Ética Profissional de Enfermagem. Salienta-se os princípios éticos que devem ser seguidos por todos os profissionais como a beneficência, veracidade, justiça, competência e fidelidade, que fortalecem os esforços para uma prática segura e de respeito aos direitos dos pacientes (SANTOS, *et al.*, 2010).

Tabela 5 - Como você classificaria seu setor ou área de trabalho nesta unidade de Pronto Atendimento com relação a segurança do paciente?

Variável	%
Ruim 0 a 4	25%
Bom 5 a 7	45%
Ótimo 8 a 9	30%
Excelente 10	0
Total	100%

Fonte: Dos Autores

Apresentamos na Tabela 5, como os 20 colaboradores da pesquisa classificam seu setor ou área de trabalho no quesito segurança do paciente, os resultados apontam que 45% classificam o ambiente como bom, 30% ótimo, 25% ruim e 0% excelente.

Segundo Baotahm *et al.* (2010), a relação entre a satisfação no trabalho, o comprometimento organizacional e a intenção em permanecer ou sair do emprego são fatores pesquisados em vários estudos o que se justifica, entre outros motivos, na direta relação desses fatores com a performance das organizações.

O trabalho em equipe é uma forma eficiente de estruturação, organização e aproveitamento das habilidades humanas. Possibilita uma visão mais global e coletiva do trabalho, reforça o compartilhamento de tarefas e a necessidade de cooperação para alcançar objetivos comuns. A concepção de trabalho em equipe está vinculada à de processo de trabalho e vem, portanto, sofrendo transformações ao longo do tempo, caracterizando-se pela relação recíproca entre as dimensões complementares de trabalho e interação (PEREIRA, *et al.*, 2013).

O profissional de enfermagem é formado para trabalhar em vários espaços e reconhecer de maneira mais aprofundada cada integrante da equipe, o que possibilita identificar afinidades com um ou outro setor. Assim, a tendência não é a

acomodação do profissional, e sim a busca pelo conhecimento dentro de uma área que lhe seja agradável. Nessa compreensão, o trabalho é fundamental para o homem, pois por meio dele atinge sua realização profissional, afirma-se como um ser social, um ser capaz de dar respostas práticas e conscientes às suas necessidades (LIMA, *et al.*, 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluimos que a pesquisa permitiu analisar a percepção da equipe de enfermagem de uma unidade de pronto atendimento – UPA – Anápolis – GO, com ênfase no conhecimento sobre segurança do paciente.

Com os dados que foram apresentados, nota-se que os entrevistados têm conhecimento claro acerca do conceito do termo segurança do paciente, e que todos os colaboradores entendem a importância quanto a notificação e a comunicação das ocorrências dos eventos adversos, porém 45% afirmam não comunicar.

Compete aos gestores uma atenção especial para estimular, habilitar e promover treinamento aos profissionais com o objetivo de prevenir e notificar quando houver a ocorrência de Eventos Adversos durante a assistência prestada com vistas à não repetição dos erros e prevenção de futuros eventos adversos,

Torna-se essencial que a instituição seja capaz de analisar as falhas com clareza e isenção, sem juízo de valor, compreendendo que, em sua maioria as falhas e os erros não são por culpa isolada de uma pessoa, mas sim um problema de todos envolvidos nos processos.

Expande-se a importância de se divulgar conceitos claros e preciso sobre todos os tipos de eventos adversos e que se entenda que, são geralmente causados mais por falhas no sistema do que por falha humana. Resulta, também, que o retorno deve ser garantido ao notificador, que alimenta o sistema. Finalmente, há que se enfatizar a educação continuada orientada para a promoção da segurança do paciente.

Simplesmente quando conseguimos trabalhar em um ambiente que possua a quantidade e a qualificação adequadas dos profissionais de enfermagem, poderemos de modo vasto e solidificado, realizar práticas de enfermagem baseadas em evidências, capazes de mudar os resultados hoje identificados em relação à segurança do paciente, pois a enfermagem é a profissão dentre todas as da área da saúde, mais adequada de promover práticas situadas na proteção, devido a sua tenacidade e proximidade junto ao paciente e família.

REFERÊNCIAS

AHLUWALIA, J; MARRIOT, L. **Critical incidente reporting systems**. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine*. V.10, n.1,pg 31-35. 2005.

AIKEN, L. H; RATCHEM, M. K. **Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States**. *BMJ: British Medical Journal*, London, v. 344, p. e1717, 2012. Disponível em: <http://www.bmj.com/content/344/bmj.1717>. Acesso em: 07/11/2016.

ANÁPOLIS, Prefeitura. **Unidade de Pronto Atendimento-UPA 24 Horas**. Disponível em: <http://www.anapolis.go.gov/portal/secretarias/saude/pagina/unidade-de-pronto-atendimento-upa-24-horas/> Acesso em: 03/10/2016.

ARANAZ, J. M.; *et al.* **Los efectos adversos en la asistencia hospitalaria. Una revisión crítica**. *Med Clín (Barc)*, v. 123, n. 1, p. 21-25, 2008.

BAOTHAM, S.; *et al.* **The Effects of Job satisfaction and Organizational Commitment on Voluntary Turnover Intentions of Thai Employees in the New University**. *Review of Business Research*, v. 10, n. 1, p. 73-82, 2010.

BOHOMOL, E; TARTALI, J. A. Eventos adversos em pacientes cirúrgicos: conhecimento dos profissionais de enfermagem. **Acta Paul Enferm** 2013; 26(4): 376-81.

BRASIL. ANVISA. Agência Nacional de vigilância Sanitária. **Rede Nacional de Investigação de surtos e Eventos Adversos em Serviços de Saúde (Reniss)**. Brasília: Assessoria de Comunicação da Anvisa. 2015.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem** [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Educação; 2013. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/Enf.pdf>. Acesso em: 23/11/2016.

_____. Ministério da Saúde (BR). **Relatório do seminário nacional para implantação do programa nacional de segurança do paciente**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/Documetos>. Acesso em: 11/10/2016.

_____. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo

Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. **Portaria n. 529, de 1 de abril de 2013.** Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/pr0529>. Acesso em: 01/11/2016.

_____. **Resolução RDC nº 36 de 25 de Julho de 2013.** Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 25 jul. 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html Acesso em: 28/11/ 2016.

CAPUCHO, H. C.; ARNAS, E.R. Necessidade de implantar Programa Nacional de Segurança do Paciente no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, vol. 47, n. 4, p. 791-8, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102013000400791&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 25/11/2016.

CAPUCHO, H. C; *et al.* Segurança do paciente: comparação entre notificações voluntárias manuscritas e informatizadas sobre incidentes em saúde. **Rev Gaúcha Enferm** 2013; 34(1): 164-72.

CARVALHO, D.M.T.; SILVA, A.E.B.C. Eventos Adversos na Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital da rede sentinela. **Rev. De Enfermagem UFG**. Vol. 18, n. 2, p. 34-9. 2010. Disponível em: http://www.sbpcnet.org.br/livro/63ra/conpeex/pivic/trabalhos/ISADORA_.PDF>. Acesso em: 25/10/ 2016.

CHARLES, V. **Segurança do paciente:** Orientações para evitar os eventos adversos. Porto Alegre (RS): Yendis, 2012.

DE WET, C., *et al.*, **Measuring perceptions of safety climate in primary care:** a cross-sectional study. *J Eval Clin Pract* 2012; 18:135-42.

FASSINI, P; HAHN, G. V. Riscos à segurança do paciente em unidade de internação hospitalar: concepções da equipe de enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFSM**, [S.l.], v. 2, n. 2, p. 290 - 299 ago. 2012. ISSN 2179-7692. Disponível em: <http://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/4966>>. Acesso em: 24/11/2016.

FELDMAN, L. B.; *et al.* História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 213-9. 2014.

GAIDZINSKI, R. R. Dimensionamento de pessoal de enfermagem. In: KURCGANT. P. **Administração em enfermagem**. São Paulo: EPU, 1998, p. 91-96.

INSTITUTE OF MEDICINE - IOM. **Medicare: a strategy for quality assurance**. Volume I. Washington, D.C.: National Academy Press, 1999. Disponível em: <<http://www.nap.edu/catalog/1547.html>>. Acesso em: 25/10/2016.

_____. **To err is human: building a safer health system**. Washington, D.C.: National Academy Press, 1999.

ISHIKAWA, K. **Total quality control: estratégia e administração da qualidade** / Kaoru Ishikawa; tradução Mário Mishimura. São Paulo: IMC Internacional Sistemas Educativos, 1986.

KOHN, L. T.; *et al.* **To err is human: building a safer health care system**. Washington, DC: National Academy Press, 2000.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 7.ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LIMA, Fabiano. B. *et al.* Fatores de motivação no trabalho de enfermagem. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 4, p. 417-423, 2013. Disponível em: <www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3072>. Acesso em: 23/11/2016.

LORENZINI, E., *et al.* Segurança do paciente: análise dos incidentes notificados em um hospital do sul do Brasil. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v.35 n.º.2, p.121-7.jun 2014.

MELLO, J. F; BARBOSA, S. F. Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva: recomendações da enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n.º 4, p. 1124-33, out-dez 2013.

MENDES W., *et al.* Segurança do paciente na APS. In: Crozeta K, Godoy SF, organizadores. **Programa de atualização da enfermagem: atenção primária e saúde da família**. Ciclo 3. Porto Alegre: Editora Artmed; 2014. p. 81-104.

MINUZZI, A. P.; *et al.* Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva na perspectiva da equipe de saúde. **Texto contexto - enferm.** [online]. 2016, vol.25, n.2, e1610015. Epub June 27, 2016. ISSN 0104-0707. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016001610015>. Acesso em: 25/10/2016.

MOURA, G.M. *et al.* Eventos adversos relacionados à assistência em serviços de saúde: principais tipos. In: **Assistência segura: uma reflexão aplicada à prática**. Brasília: ANVISA, 2013. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/seguranca/dopaciente/documentos/junho/Modulo%201%20-%20Assistencia%20Segura.pdf>. Acesso em: 20/10/2016.

NEVES, L.A. *et al.* A identificação do paciente como indicador de qualidade. **Rev Eletr Acred** [Internet]. 2013. 1(1):88-100. Disponível em: <http://www.cbacred.org.br/ojs/index.php/Acred01/article/view/17>. Acesso em: 03/11/2016.

NUNES, F. D. O.; *et al.* Segurança do paciente: como a enfermagem vem contribuindo para a questão? **Revista de pesquisa cuidado é fundamental** [online], v.6, nº.2, p. 841-847, abr. - jun. 2014. Disponível em:<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3007/pdf_1297>. Acesso em: 03/11/2016.

OLIVEIRA, J. R. **Eventos adversos notificados ao Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária (NOTIVISA)**. Serv. Saúde. Vol. 22, n. 4, p. 671-78. 2011. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v22n4/v22n4a13.pdf>>. Acesso em: 25/11/2016.

OLIVEIRA, R. M.; *et al.* Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.18 nº.1, jan-mar 2014.

PAESSE, F.; SASSO, T.G. T. M. Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.22, nº2, p. 302-10, abr-jun 2010.

PAIVA, M. C. M. S; *et al.* Eventos adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 287-94, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/07.pdf>. Acesso em: 28/11/2016.

PEREIRA, R. C. A.; *et al.* *The multidisciplinary work in the family health strategy: a study on ways of teams.* **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 17, n. 45, p. 327-340, abr./jun. 2013.

PINTO, C. T; *et al.* A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. **Rev. Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, July 2015.

REIS, C. T.; *et al.* A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, nº.7, p. 2029-2036, 2013.

ROONEY, A. L. **Licenciamento, acreditação e certificação**: abordagens à qualidade. 1999.

ROQUE, K. E.; MELO, E. C. P. Tempo de internação e a ocorrência de eventos adversos a medicamentos: uma questão da enfermagem. **Esc. Anna Nery**. Rio de Janeiro, v.15, nº.3, jul-set 2012.

ROZENFELD, S.; *et al.* Eventos adversos a medicamentos em hospital terciário: estudo piloto com rastreadores. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v.47, nº.6, p. 1102-11, 2013.

SANTOS J.O., *et al.* Conduas adotadas por técnicos de enfermagem após ocorrências de erros de medicação. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2010. 23(3):328-33. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n3/en_v23n3a03.pdf. Acesso em: 23/11/2016.

SCHIESARI, L. M. C. KISIL, M. **A avaliação da qualidade nos hospitais brasileiros**. *Revista de Administração em Saúde*. São Paulo, v. 5, n. 18, Jan./Mar. 2013.

SOBRAL, V. R.S. Mulher, mãe é ...Trabalhadora de enfermagem. **Revista escola de Enfermagem USP**. Vol. 34, n.4, p.354-61. 2009. Disponível em: <http://www.aafesp.org.br/biblioteca/AssistenciaEnfermagem/mulher%20mae%20e%20trabalhadora%20enfermagem%20e%20fenomenologia.pdf>. Acesso em: 25/11/2016.

SOUSA, P. (Org.). **Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras**. Ed. Fiocruz. p. 19-21. Rio de Janeiro, 2014.

TRAVASSOS, C.; *et al.* **É possível um cuidado seguro para os pacientes**. **Biblioteca de saúde pública**. Arquivo de notícias. Fiocruz, 17 de março de 2009. 1p. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/bibsp/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?inoid=327&sid=108>. Acesso em: 21/11/2016.

VICENT, C. **Segurança do paciente: orientações para evitar eventos adversos**. São Paulo: Yendis, 2012. 324p.

VITURI, D. W; MATSUDA, L. M. **Validação de conteúdo de indicadores de qualidade hospitalar para avaliação do cuidado de enfermagem**. *Rev Esc Enferm USP* 2012; 43(2): 429-37.

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

WACHTER, R.M. **Compreendendo a Segurança do Pacinte**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

WHO - *World Health Organization*. Joint Commission Resources. Joint Commission International. **Patient Safety Solutions**. Solution 2: patient identification [Internet]. Geneva; 2009. Disponível em: <http://www.jointcommissioninternational.org/WHO-Collaborating-Centre-for-Patient-Safety-Solutions/>. Acesso em: 16/11/2016.

ANEXO A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE-ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, de uma pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa, você não será penalizado (a) de forma alguma. Em caso de dúvida sobre seus direitos você pode procurar a Faculdade do Instituto Brasil de Ciência e Tecnologia – FIBRA, por meio do telefone: (62) 3313-3500.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: **O CONHECIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) – ANÁPOLIS -GO**

Pesquisadores responsáveis: Taciane Águida G. dos Reis e Valéria Duarte Soares.

Telefone para contato: (62) 9130-1785 ou (62) 9222-6300.

Orientadora: Mariângela Sousa R. dos Santos

Telefone para contato: (62) 33131709 ou (62) 91458477

FINALIDADE: Pretendemos nesta pesquisa estudar sobre o conhecimento da equipe de enfermagem sobre segurança do paciente em uma unidade de pronto atendimento (UPA). A aceitação para participar desta pesquisa não terá nenhum custo financeiro. Todos os dados coletados serão mantidos em sigilo, preservando assim sua privacidade. Suas respostas serão publicadas parcial ou totalmente no relatório, preservando sua identidade.

Também é garantido pleno direito de retirar seu consentimento em qualquer tempo sem sofrer qualquer prejuízo pelo serviço. Lembramos que o benefício de você contribuir com esta pesquisa está em analisar o conhecimento da equipe de enfermagem sobre segurança do paciente na unidade de pronto atendimento (UPA). Ainda com seu aceite você estará contribuindo com a expansão do conhecimento proporcionando maior visibilidade da prática clínica da enfermagem, destacando a

participação de enfermeiros na construção de práticas de saúde, além de esclarecer dúvidas e reconhecer melhor as dificuldades sobre a temática pesquisada.

A não aceitação após início ou qualquer fase da pesquisa não lhe trará nenhum dano nem prejuízo a continuidade de seu tratamento, e reforçamos que poderá ser realizado em qualquer etapa da pesquisa.

Desde já agradecemos sua participação.
Atenciosamente,

Taciane Águida G. dos Reis
Autora da pesquisa

Valéria Duarte Soares
Autora da pesquisa

Mariângela Sousa R. dos Santos
Orientadora da pesquisa

ANEXO B**CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO**

Eu, _____, RG nº _____, concordo voluntariamente em participar do estudo acima descrito, como sujeito. Declaro ter sido devidamente informado e esclarecido pelas pesquisadoras Taciane Águida G. dos Reis e Valéria Duarte Soares, sobre os objetivos da pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios envolvidos na minha participação. Fui orientado para entrar em contato com a Faculdade do Instituto Brasil – FIBRA por meio do telefone: (62) 33133500, caso me sinta lesado ou prejudicado. Foi-me garantido que não sou obrigado a participar da pesquisa e posso desistir a qualquer momento, sem ser prejudicado. Afirmando que recebi uma cópia deste documento.

Anápolis, ____ de _____ de 2016.

Assinatura do sujeito.

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

APÊNDICE A

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE

Número do Instrumento: _____

Data da coleta: ___/___/_____

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE

Número do Instrumento: _____

Data da coleta: ___/___/_____

Parte 1 - Identificação do Sujeito

Idade: _____ Sexo: () M () F

1) Categoria profissional:

- a) () Enfermeiro : Especialista () Mestrado () Doutorado
- b) () Auxiliar de enfermagem
- c) () Técnico de enfermagem

2) Tempo de formação:

- a) () 0 a 5 anos
- b) () 5 a 10 anos
- c) () 10 a 15 anos
- d) () Mais de 15 anos

4) Tempo de atuação na instituição:

- a) () 0 a 5 anos
- b) () 5 a 10 anos
- c) () 10 a 15 anos
- d) () Mais de 15 anos

7) Qual sua carga horária semanal nesta unidade? _____

8) Qual seu turno de trabalho nesta unidade:

- () Matutino () Vespertino () Noturno

13) Realizou cursos de atualização no período de 2016?

- () Sim () Não

14) Está fazendo algum curso de qualificação?

- () Sim,

Tipo: () Curso de curta duração (até 20 horas)

- () Especialização () Mestrado () Doutorado () Não

Parte 2 – Segurança do Paciente

1. Você conhece o Protocolo de Segurança do Paciente?
() Não () Sim.
2. Você já passou por algum treinamento na sua Unidade de Saúde sobre Protocolo de Segurança do Paciente?
() Não () Sim.
3. Quando ocorre um erro, mas não há risco de dano ao paciente, é notificado ao órgão fiscalizador?
() Não () Sim.
4. As ações da coordenação da Unidade de Pronto Atendimento demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade?
() Não () Sim.
5. Você usa com frequência o Protocolo de Segurança do Paciente durante sua rotina de trabalho?
() Não () Sim.
6. Como você classificaria seu setor ou área de trabalho nesta Unidade de Pronto Atendimento com relação à segurança do paciente? Apenas uma opção.
() Ruim 0 a 4
() Bom 5 a 7
() Ótimo 8 a 9
() Excelente 10
8. E comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno
() Não () Sim.
9. Precisamos ter ações contínuas para garantir a segurança do paciente.
() Não () Sim.
10. As informações são claras quando da transferência de um paciente de uma unidade para outra.
() Não () Sim.

Parte 3– Evento Adverso

1. Você sabe o que é evento adverso e evento
() Não () Sim
2. Ocorreram eventos adversos nesta unidade no período de 2016
() Não () Sim

Em caso Se Sim, assinale quais:

- a. Erro de medicação Tipo: () Dose () Horário () Omissão () Prescrição () Troca entre pacientes () Técnica
- b. Queda Tipo: () Cama () Maca () Cadeira de Rodas () Própria altura
- c. Infecção Hospitalar ()
- d. Processos alérgicos a: () Esparradrapo () Medicamentos () Soluções
- e. Havia ciência da equipe sobre a predisposição do paciente a alergia?
() Sim () Não
- f. Úlceras de pressão ()
- g. Retirada acidental : () sondas, () cateteres ou () agulhas.

h. Queimadura ()

3. Qual foi a consequência para o paciente?

a) () Não causou dano aparente

b) () Não causou dano e requereu monitoramento

c) () Contribuiu para ou resultou em dano temporário e requereu intervenção

d) () Contribuiu para ou resultou em dano temporário e prolongou a internação.

e) () Contribuiu para ou resultou em dano permanente.

f) () Causou um dano e requereu intervenção necessária para manter a vida.

g) () Contribuiu para ou resultou na morte do paciente.

h) () Não sabe quais foram as consequências para o paciente.

4. Todos os eventos adversos que ocorrem nesta unidade/instituição são comunicados/ notificados?

() Sim () Não

5. Você acha importante comunicar/notificar a ocorrência dos eventos adversos?

() Sim () Não

6. Nos últimos 12 meses, você relatou por escrito algum evento adverso ocorrido durante o período de trabalho?

() Não () Sim

Arquivamento: Anápolis, GO, ___ / ___ / ___