



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

GREIZE CRISTINA RIOS

LUCIANA BIHAIN HAGEMANN

PRISCILLA ALMEIDA PEREIRA

RELATÓRIO DA PESQUISA

**E-SURVEY: O CUIDADO DE ENFERMAGEM EM EMERGÊNCIA E A SEGURANÇA DO
PACIENTE**

FLORIANÓPOLIS, DEZEMBRO DE 2010.

GREIZE CRISTINA RIOS
LUCIANA BIHAIN HAGEMANN
PRISCILLA ALMEIDA PEREIRA

RELATÓRIO DA PESQUISA
E-SURVEY: O CUIDADO DE ENFERMAGEM EM EMERGÊNCIA E A SEGURANÇA DO
PACIENTE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Graduação em Enfermagem, da Universidade
Federal de Santa Catarina, para a obtenção do grau de
Enfermeira. Orientadora: Prof^a. Dr^a. Grace T. M. Dal Sasso

Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Vera Radünz

FLORIANÓPOLIS, DEZEMBRO DE 2010.

**GREIZE CRISTINA RIOS
LUCIANA BIHAIN HAGEMANN
PRISCILLA ALMEIDA PEREIRA**

**ESURVEY - O CUIDADO DE ENFERMAGEM EM EMERGÊNCIA E A
SEGURANÇA DO PACIENTE**

Este trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, desenvolvido na 8ª Unidade Curricular na disciplina Estágio Supervisionado II, requisito para integralização do referido curso, foi julgado, adequado e aprovado.

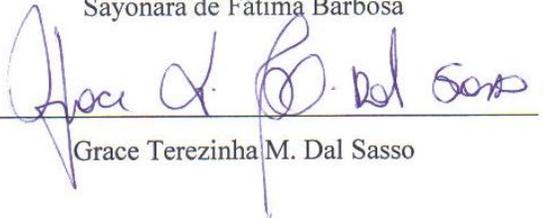
Banca Examinadora



Joice Cristina Guesser



Sayonara de Fátima Barbosa



Grace Terezinha M. Dal Sasso

Florianópolis, 29 novembro de 2010.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CEP. 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 3721.9480 - 3721.9399 Fax (048) 3721.9787

GREIZE CRISTINA RIOS
LUCIANA BIHAN HAGEMANN
PRISCILLA ALMEIDA PEREIRA

PARECER FINAL DO ORIENTADOR SOBRE O TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

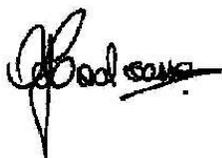
Como orientadora do Trabalho de Conclusão de Curso intitulado: E-SURVEY: O cuidado de Enfermagem em Emergência e a Segurança do Paciente das alunas **Greize Cristina Rios, Luciana Bihan Hagemann, Michel Maicon Silveira e Priscilla Almeida Pereira**, cumpro-me ressaltar que este é um estudo de destaque, inédito e inovador, científico e bem estruturado metodologicamente tanto por ser retrospectivo, de difícil abordagem, por utilizar ferramenta eletrônica de levantamento e análise de dados, quanto por promover a cultura da segurança em emergência. Ao mesmo tempo, seus resultados evidenciam que no grupo estudado os **eventos adversos, problemas com produtos ou erros no uso de produtos incluindo equipamentos tecnológicos** tem o mesmo nível de importância para o grupo estudado demonstrando a preocupação dos profissionais com relação a segurança do paciente. Ainda reforça a necessidade urgente de revermos a prática de enfermagem e buscar permanentemente a melhoria do cuidado e da segurança do paciente. A Segurança do paciente é um tema mundial que vem sendo resgatado

em diversos países. No Brasil, apesar de poucos estudos nesta área os resultados mostram que precisamos incorporar a cultura da segurança como uma competência e uma exigência da prática.

Recomendo a leitura e divulgação deste estudo que faz parte de um projeto maior que será desenvolvido em todo o estado de Santa Catarina ampliando também para a área de terapia intensiva, para que ele possa servir de referência e estímulo ao desenvolvimento da prática segura na assistência de Enfermagem.

Ainda, importante salientar que as alunas conduziram com dinamismo, competência e compromisso o estudo, devolvendo os resultados ao campo do estudo e este serviu para auto-reflexão e auto-avaliação da equipe de enfermagem com o levantamento de sugestões para melhorar a prática de Enfermagem.

Cordialmente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Grace Dal Sasso', with a stylized flourish at the end.

Dra. Grace Dal Sasso

Orientadora

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	7
2.	OBJETIVO	12
3.	VARIÁVEIS	12
4.	METODOLOGIA	13
4.1	Tipo de Estudo e Amostra	13
4.2	População e Amostra	14
4.3	Considerações Éticas	14
4.4	Instrumento de coleta de dados	15
4.5	Organização e análise dos dados	15
5.	RESULTADOS E DISCUSSÕES	16
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS DO RELATÓRIO DE PESQUISA.....	34
7.	REFERÊNCIAS	36
8.	ANEXOS	40

1. INTRODUÇÃO

A perspectiva de que o paciente é colocado sob risco quando está sob cuidados relacionados à sua saúde não é recente, mas advém de estudos que estão sendo realizados já há cerca de 30 anos. No cuidado em emergência estes riscos aumentam especialmente pela complexidade da condição clínica dos pacientes, pelas mudanças frequentes no seu estado geral, pela alta rotatividade e pelo manuseio de aparato tecnológico e medicamentos de alto risco (ZAMBON, 2009).

O primeiro estudo desenvolvido nos Estados Unidos em 1974, realizado pelas *California Medical Association* e *California Hospital Association* e denominado *The Medical Insurance Feasibility Study* (MIFS), revisou 21 mil prontuários de pacientes hospitalizados em 23 hospitais da Califórnia. Foram encontrados eventos adversos em 4,6% dos pacientes. Outro estudo, realizado dez anos após este, denominado *The Harvard Medical Practice Study* (HMPS) encontrou dados semelhantes na frequência de eventos adversos ao revisar 30 mil prontuários de pacientes internados no estado de Nova York (3,7% dos casos), mas mostrou que 13,6% dos eventos levaram o óbito do paciente, de acordo com o autor referenciado acima.

Estudos subseqüentes realizados na década de 1990 na Austrália, Nova Zelândia, Grã-Bretanha e França mostraram resultados ainda mais alarmantes. A investigação de eventos adversos em prontuários revelou as incidências de 16,5%, 11,33%, 10,8% e 14,5%, respectivamente, nesses países. Estes estudos, conforme Zambon (2009), mostraram que os eventos adversos causaram lesão decorrente do cuidado que levou à incapacidade temporária ou permanente, prolongamento da internação ou morte do paciente. Segundo estes estudos, esses eventos que seriam evitáveis em torno de 30% a 60% nas situações descritas.

Neste cenário, os erros de medicação são a fonte mais comum de risco aos pacientes hospitalizados (WHO, 2008; KAUSHAL e BATES, 2001). Em média, um paciente hospitalizado experencia um erro de medicação por dia. Para o *Institute of Medicine* – IOM (2007), esta falta de segurança nas práticas de uso das medicações, resultam em 400.000 danos preveníveis relacionados às medicações que custam cerca de 3,5 bilhões de dólares anualmente (WHO, 2008; INSTITUTE OF MEDICINE, 2007). A vasta maioria das pesquisas em torno desta temática tem sido conduzida nos hospitais, entretanto, pouco tem sido centrado nas prioridades estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde, tais como, na identificação, desenvolvimento ou teste de

intervenções locais para melhorar a segurança do paciente e na relação custo-efetividade das estratégias de redução de risco (WHO, 2008).

Nos Estados Unidos, dados de órgãos relacionados à segurança do paciente como o *Institute for Healthcare Improvement* (IHI) norte-americano tem uma estimativa de que 40 a 50 eventos ocorrem por 100 internações nos Estados Unidos. Além disso, Zambon (2009) descreve que o custo estimado relacionado aos eventos que poderiam ter sido prevenidos chega a 29 bilhões de dólares ao ano, metade impactando diretamente no sistema de saúde.

A falta de confiança nos sistemas de cuidado é o problema que todos os profissionais de saúde buscam solucionar com o intuito de melhorar cada vez mais a prestação deste cuidado e garantir maior segurança à população. Para o *Institute of Medicine* (2001), resolver este problema, em nosso entendimento, exige mudanças na cultura do cuidado em saúde no qual os erros não devem ser percebidos como o resultado da incompetência ação humana, mas, sobretudo, como oportunidades para melhorar o sistema. A cultura da segurança é o suporte e a forma das atitudes e práticas dos membros da organização em torno da disposição em detectar e aprender a partir dos erros (WIEGMANN, ZHANG, SHARMA, *et al* 2002; HEALTH AND SAFETY COMMISSION, 1993)

O IOM (2004) declara que a cultura da segurança no cuidado em saúde requer três elementos: (1) a crença que embora os processos de cuidado em saúde sejam de alto risco, eles podem ser planejados para prevenir o dano, (2) um comprometimento ao nível da organização para detectar e aprender com os erros, e (3) um ambiente que gerencia os erros quando os trabalhadores conscientemente aumentam os riscos para os pacientes e seus pares. A cultura da segurança está presente nas organizações de alta credibilidade que são caracterizadas por processos de risco complexos, mas com taxas baixas de erros. Weick e Sutcliffe (2001) relatam que tais organizações alcançam alta credibilidade porque estas estão preocupadas com o dano, e sensíveis em como cada membro da equipe afeta um processo, eles contam com aqueles que são mais conhecedores dos processos para tomada de decisão, e eles resistem à tentação em culpar os indivíduos dos erros dentro dos processos complexos. Esforços para avaliar a cultura da segurança são baseados na perspectiva psicológica organizacional, ao qual observa a cultura da segurança como crenças e práticas compartilhadas que podem ser categorizadas, medidas e mudadas (WIEGMANN, ZHANG, SHARMA, *et al* 2002; HEALTH AND SAFETY COMMISSION, 1993)

A utilização de boas práticas e a redução de erros decorrentes da assistência em saúde são fundamentais para a garantia da segurança do paciente em ambientes de cuidado, sendo amplamente difundidas por organizações que conduzem o processo de acreditação, por exemplo, em nível internacional através da *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)* através das seis Metas Internacionais do Paciente. Estas metas incluem: (1) Identificar os pacientes corretamente; (2) Melhorar a comunicação efetiva; (3) Melhorar a segurança de medicamentos de alta vigilância; (4) Assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto; (5) Reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde; e ainda (6) Reduzir o risco de lesões ao paciente, decorrente de quedas (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL CENTER FOR PATIENT SAFETY, 2008; LEÃO, 2008)

Frente à ocorrência de um erro, não existe apenas um responsável, considerando que cada profissional deveria exercer o papel de defesa do paciente de modo permanente. Bohmol (2006) descreve estudos que comprovam que em torno de 86% dos erros relacionados ao processo de administração de medicamentos são identificados por enfermeiros, enquanto apenas 2,0% destes erros de administração são interceptados, muitas vezes, pelo próprio paciente.

Um dos pilares dos processos de gestão de risco é influenciar de modo positivo o relato e a investigação de eventos como ferramenta de qualidade na assistência. Uma destas estratégias é a notificação destes eventos, análise e condutas decorrentes para evitar novos eventos relacionados à mesma causa. Porém, Leão (2008) relata que a implementação destes mecanismos de registro não deve estar atrelado em uma filosofia institucional punitiva, mas sim que privilegia a responsabilidade e comprometimento de cada profissional.

Reason (1997) categoriza uma cultura de segurança em quatro componentes, que refletem a afirmação de que uma cultura informada é uma cultura segura. Estes componentes identificam as práticas e as crenças presentes em uma organização que está informada sobre os riscos e danos e atua para tornar-se segura. Fundamentalmente, uma organização segura é dependente da disposição dos trabalhadores que estão na linha de frente da organização, para reparar seus erros e quase-erros – as práticas organizacionais apóiam a *cultura do relato*. Esta disposição dos trabalhadores para relatar os erros e danos depende de suas crenças de que a administração apoiará e recompensará o relato e que a disciplina se desenvolve sob a base de correr riscos. Portanto, as práticas organizacionais apóiam a *cultura justa* (MARX, 2001; WEICK e SUTCLIFFE, 2001). A disposição dos trabalhadores para relatar também depende de suas

crenças que os padrões de autoridade relaxam quando a segurança da informação é intercambiada porque aqueles com autoridade repetiam o conhecimento dos trabalhadores da linha de frente, portanto as práticas organizacionais apóiam a *cultura flexível*, conforme autores referenciados anteriormente.

Por fim, a disposição dos trabalhadores para relatar depende de suas próprias crenças que serão analisadas pela organização e esta então implementará mudanças apropriadas a partir dos relatos dos trabalhadores. Neste sentido, as práticas organizacionais apóiam a *cultura da aprendizagem*. A interação destes quatro componentes produz uma organização informada, segura que tem credibilidade (MARX, 2001; WEICK e SUTCLIFFE, 2001).

Alcançar a segurança, uma *cultura informada* depende em como os líderes em todos os níveis de uma organização obtém, usa e dissemina a informação (REASON, 1997; WESTRUM, 2004; EDMONSON, 2004). Conseqüentemente as organizações devem avaliar a cultura da segurança ao nível de cada departamento e unidade, bem como ao nível organizacional para identificar as áreas de cultura com necessidade de melhorar e aumentar a consciência dos conceitos de segurança do paciente; avaliar a efetividade das intervenções de segurança do paciente ao longo do tempo e estabelecer metas internas e externas. Portanto, o maior desafio em avaliar a cultura é estabelecer um link entre a cultura da segurança e os resultados no paciente (NIEVA e SORRA, 2003; COLLA; BRACKEN; KINNEY, 2005; HUANG; CLERMONT; SEXTON, 2007).

Recentemente, com base nas discussões que vêm surgindo sobre o assunto, o tema segurança do paciente nos Estados Unidos coloca em pauta quatro pontos importantes: redução das taxas de eventos adversos que seriam passíveis de prevenção; aprimoramento da comunicação entre profissionais de saúde e pacientes (grande fonte de processos judiciais e base da estrutura de segurança); garantia aos pacientes de compensação por erros médicos legítimos; e diminuição da responsabilização do profissional de saúde quanto ao erro.

Apesar de não existirem dados estatísticos no Brasil sobre eventos adversos causados aos pacientes, seria possível estimar que se tivermos um evento adverso por dia, por hospital, e como há 7.543 hospitais no Brasil segundo a Federação Brasileira dos Hospitais, então teoricamente poderíamos ter em torno de 7.543 danos por dia, 226.290 por mês e 2.715.480 por ano (HUANG; CLERMONT; SEXTON, 2007).

Caso fôssemos calcular o número de eventos adversos para o Brasil usando o número de 40 eventos por 100 internações (como sugere o *Institute for Healthcare Improvement*), e com base nos dados do ano de 2006, que mostram um número de 11.315.681 internações pelo SUS (Sistema Único de Saúde) e 4 milhões de internações no setor privado, teríamos um número de 6.126.272 de eventos, o que equivale a dizer que acontecem quase três eventos por dia em cada hospital do Brasil. Ainda, se 1% desses eventos ocasionassem óbito do paciente, teríamos 61 mil óbitos ao ano relacionados a eventos decorrentes de falhas no cuidado ao paciente. Tais dados são extremamente alarmantes apesar de hipotéticos e, por isso, torna-se urgente a necessidade de implementar práticas para a melhoria da qualidade dos cuidados relacionados à segurança do paciente, de acordo com autor referenciado anteriormente.

Neste sentido, a Organização Mundial da Saúde lançou em 2004 a Aliança Mundial pela Segurança do Paciente, cujos tópicos já divulgados incluem cuidados com infecção e limpeza e cuidados com práticas em cirurgia, o primeiro para evitar infecções hospitalares, o segundo para evitar complicações cirúrgicas (HUANG; CLERMONT; SEXTON, 2007).

As campanhas de intervenção incluem itens como prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica bem como tratamento adequado de infarto agudo do miocárdio ou insuficiência cardíaca congestiva, ou mesmo diminuição de danos por medicações de alto risco, conforme autores citados acima.

Diante deste cenário, este estudo se reveste de importância fundamental uma vez que a enfermagem se constitui no maior contingente de profissionais que presta cuidado direto aos pacientes em Emergência e, portanto, um estudo diagnóstico nas unidades de Emergência de um hospital público de Florianópolis, poderia contribuir para o planejamento de um cuidado mais seguro minimizando complicações desnecessárias e consequentemente contribuir na promoção da cultura da segurança nas emergências.

Busca-se a partir dele responder a seguinte questão de pesquisa:

Quais os principais eventos adversos, problemas com produtos ou erros no uso de produtos incluindo equipamentos tecnológicos que ocorreram durante o cuidado de enfermagem em Emergência no período de 2008 à 2009 conforme o relato dos profissionais de enfermagem em Emergência em um hospital público de Florianópolis?

2. OBJETIVO

Para responder a questão do estudo estabeleceu-se o seguinte objetivo:

Identificar e analisar os principais eventos adversos, problemas com produtos ou erros no uso de produtos incluindo equipamentos tecnológicos que ocorreram durante o cuidado de enfermagem em Emergência no período de 2008 a 2009 com os profissionais de enfermagem de Emergência em um hospital público de Florianópolis.

3. VARIÁVEIS

As variáveis que integram o estudo se constituem em variáveis quantitativas e qualitativas nominais, numéricas que integram variáveis sócio-demográficas dos participantes e variáveis relacionadas às informações dos pacientes e registro dos efeitos adversos, problemas ou danos com uso de produtos e erros no uso de dispositivos e produtos. Dentre as principais variáveis definidas para o estudo destacam-se, conforme o Fórum Nacional de Qualidade (2003):

Evento Adverso: qualquer incidente onde o uso de um medicamento (incluindo hemoderivados) em qualquer dose, um equipamento médico (incluindo diagnóstico in vitro) ou um produto nutricional especial (ex. Suplemento dietético, alimentação especial para adulto ou criança) é suspeito de ter provocado um resultado adverso em um paciente.

Problema com um Produto (ex. defeito ou mau funcionamento): qualquer relato em torno da qualidade, desempenho ou segurança de qualquer medicação, aparelho médico ou produto nutricional especial. Estes problemas incluem, mas não se limitam apenas a eles: produto com suspeita de falsificação, suspeita de contaminação, estabilidade questionável, componentes com defeito, produtos que não funcionam (apresentam falhas terapêuticas), confusão com um produto (causado pelo nome, rótulo, embalagem e formato), suspeita de um medicamento excessivamente forte ou muito fraco para o problema, problemas no rótulo provocados por erros de impressão etc.

Erro no uso da Medicação: qualquer relato de um erro de medicação independentemente do envolvimento do paciente ou resultado. Também se refere ao relato de circunstâncias ou eventos que têm a capacidade para causar o erro (ex. aparência similar do produto, embalagem e rótulo semelhantes, nomes que parecem semelhantes e apresentam som parecido, etc). Os erros de medicação se originam em todos os estágios do sistema de medicação, aos quais incluem: seleção do medicamento, prescrição, preparo e dispensação, administração e monitoramento. Um erro de medicação é definido como qualquer evento prevenível que pode causar ou levar ao uso inapropriado da medicação ou dano ao paciente enquanto a medicação está no controle do profissional de saúde, paciente ou consumidor.

Erro no uso do equipamento médico e/ou tecnológico: profissionais de saúde, pacientes e consumidores podem involuntariamente causar danos aos pacientes ou a si mesmos quando utilizam equipamentos médicos e/ou tecnológicos. Estes problemas podem com frequência surgir devido a problemas com o design do equipamento ou a maneira pelo qual o aparelho, equipamento ou dispositivo é utilizado. Estes tipos de erros podem ocorrer pelas seguintes razões: os usuários esperam que os aparelhos funcionem de modo diferente, o uso do produto é inconsistente com as expectativas do usuário ou da instituição, o uso do produto requer habilidades físicas, perceptivas ou cognitivas que excedem aquelas dos usuários, os dispositivos são utilizados de modo não previsto pelo fabricante, os efeitos adversos do ambiente afetam o uso do dispositivo.

Problemas com diferentes fabricantes do mesmo medicamento ou produto: qualquer incidente, mas não limitado a somente estes, que incluem diferenças na resposta terapêutica do paciente, que se suspeita ter resultado de um parâmetro ou mudança de fabricante para outro do mesmo medicamento ou produto.

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo: *E-survey* retrospectivo, desenvolvido de acordo com a ferramenta *SurveyMonkey*®. A opção pelo estudo do tipo *survey* justificou-se uma vez que o estudo buscou identificar e analisar os principais eventos adversos, problemas com produtos ou erros no uso de produtos incluindo equipamentos tecnológicos que ocorreram durante o cuidado de enfermagem

em Emergência, em um dado período, por meio de um questionário on-line fundamentado na FDA (*Food and Drug Administration*) *Safety Information and Adverse Event Reporting Program*. (FREITAS; OLIVEIRA; SACCOL; MOSCAROLA, 2000; HULLEY, 2007).

4.2 População e Amostra: A população do estudo foi formada pelos profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) que trabalham na Emergência de um hospital público de Florianópolis, onde todos os profissionais de enfermagem foram convidados a participar do estudo.

A amostra foi intencional não probabilística constituída de 46 profissionais de Enfermagem, sendo 19 enfermeiros, 24 técnicos e 3 auxiliares de Enfermagem na Emergência de um grande Hospital Público, Florianópolis de Santa Catarina, Brasil.

4.3 Considerações Éticas: A ética na Saúde corresponde a todos os valores e princípios que permeiam o pensar e o agir dos profissionais visando o bem-estar de todos os envolvidos. A ética se fundamenta em princípios morais, compreendidos como normas de condutas e por princípios legais, compreendidos como regras obrigatórias. A bioética incorpora estes fundamentos para atuar em defesa da vida humana frente aos avanços tecnológicos e científicos (GOLDIM e FRANCISCONI, 2004).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da UFSC mediante parecer nº 319/08 e foi fundamentado no Decreto 196/96 que determina as Diretrizes e Normas Regulamentadoras da Pesquisa envolvendo Seres Humanos e que as define como: qualquer pesquisa que, individual ou coletivamente, envolva o ser humano de forma direta e indireta, em sua totalidade ou partes dele (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2010). Os princípios bioéticos fundamentados em que foram considerados nesta pesquisa, foram:

Autonomia: chamado do princípio de respeito às pessoas. Respeitar a autonomia é valorizar a consideração sobre opiniões e escolhas. Para tanto, foi adotado o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 1).

Sigilo: consiste no zelo das informações confidenciais e dados obtidos no estudo de modo a garantir o anonimato dos participantes do estudo.

Beneficência: corresponde a uma ação feita no benefício de outros no sentido de que o estudo visou detectar os efeitos adversos, erros ou problemas com medicamentos e/ou equipamentos no cuidado de enfermagem em Emergência e servir como uma estratégia na

promoção da cultura da segurança do paciente ao estimular o relato das ocorrências pelos profissionais de enfermagem em Emergência (GOLDIM e FRANCISCONI, 2004).

Dessa forma, quanto mais incorporado forem os princípios bioéticos no pensar e no fazer dos profissionais de saúde ter-se-ão maiores possibilidades de crescer profissionalmente e conseqüentemente contribuir no desenvolvimento de uma sociedade mais justa, igualitária, humana e cidadã (GOLDIM e FRANCISCONI, 2004).

4.4 Instrumento de coleta de dados: Para a coleta de dados foi utilizado o ambiente via Web na qual as questões foram implementadas utilizando-se a ferramenta *SurveyMonkey*® de acordo com o instrumento da *FDA (Food and Drug Administration) Safety Information and Adverse Event Reporting Program* para o registro voluntário dos eventos adversos, problemas com produtos e erros na utilização dos produtos disponível em: <http://www.surveymonkey.com/> (Anexo 2). Este instrumento além de ser referência para a coleta de dados também é um estímulo na promoção da cultura da segurança do paciente nos hospitais e mais especificamente nas Unidades de Emergência.

4.5 Organização e análise dos dados: Os dados foram organizados na própria base de dados da ferramenta *SurveyMonkey*® e posteriormente analisados a partir de cálculos de estatística descritiva (frequência relativa, qui-quadrado). A análise multidimensional de dados consiste em analisar simultaneamente mais de duas variáveis, visando a síntese ou a análise aprofundada. Ou seja, deseja-se resumir o volume de dados e informações implicando grande número de indivíduos descritos por diversas variáveis.

5. RESULTADOS

Conforme o que foi estabelecido pelo Colegiado da 8ª fase do Curso de Graduação em Enfermagem o capítulo de resultados do Relatório de Pesquisa, desenvolvido como Trabalho de Conclusão de Curso, será apresentado na forma de um artigo científico elaborado com base nas regras de uma revista eleita pelos alunos e professores orientadores, a fim de estimular a pronta publicação da pesquisa realizada. Devido ao espaço de tempo reduzido, será apresentada apenas parte dos dados obtidos na pesquisa. Segue assim o artigo elaborado.

**e-SURVEY: O CUIDADO DE ENFERMAGEM EM EMERGÊNCIA E A
SEGURANÇA DO PACIENTE**

e- SURVEY: NURSING CARE IN EMERGENCY AND PATIENT SAFETY

**e-SURVEY: CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA EMERGENCIA Y SEGURIDAD
DEL PACIENTE**

Greize Cristina Rios¹; Luciana Bihain Hagemann²; Michel Maycon Silveira³;
Priscilla Almeida Pereira⁴; Grace T M Dal Sasso⁵; Vera Radünz⁶.

Resumo

Estudo quantitativo, retrospectivo denominado *e-Survey* que foi desenvolvido na ferramenta *SurveyMonkey*® com o objetivo de identificar e analisar os principais eventos adversos, problemas com produtos ou erros no uso de produtos incluindo equipamentos tecnológicos que ocorreram durante o cuidado de enfermagem em Emergência no período de 2008 a 2009. Participaram do estudo 46 profissionais e cujos dados foram analisados pela ferramenta *Microsoft Excel 2003*®. O qui-quadrado evidenciou que não houve diferença estatisticamente significativa entre as variáveis, ou seja, as amostras não diferem significativamente quanto às proporções desses acontecimentos tais como: eventos adversos, erro no uso de produto, problema com produto e problema com diferentes fabricantes do mesmo medicamento ou produto e ainda nas conseqüências disso para a segurança do paciente. Ainda, os eventos adversos mais destacados estão relacionados a administração de medicamentos, produtos e equipamentos tecnológicos.

Descritores: Enfermagem em Emergência, segurança e *survey*.

1

¹Enfermeira, membro do Grupo de Pesquisa Clínica, Tecnologias, Informações e Informática em Saúde e Enfermagem (GIATE - PEN/UFSC). E-mail: greizec@yahoo.com.br;

²Enfermeira, membro do Grupo de Pesquisa Clínica, Tecnologias, Informações e Informática em Saúde e Enfermagem (GIATE - PEN/UFSC). E-mail: lucianahagemann@gmail.com;

³Enfermeiro da Prefeitura Municipal de Palhoça/SC, membro do Grupo de Pesquisa Núcleo de Pesquisa e Estudos em Enfermagem, Quotidiano, Imaginário e Saúde (NUPEQUIS – PEN/UFSC). E-mail: grua3@hotmail.com;

⁴Enfermeira, membro do Grupo de Pesquisa Cuidando & Confortando (C&C - PEN/UFSC). E-mail: prizalmeida@hotmail.com;

⁵Doutora em Enfermagem; Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC). Líder do Grupo de Pesquisa Clínica, Tecnologias, Informações e Informática em Saúde e Enfermagem (GIATE - PEN/UFSC). E-mail: grace@ccs.ufsc.br;

⁶Doutora em Enfermagem; Professora Titular do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC). Líder do Grupo de Pesquisa Cuidando e Confortando (C&C – PEN/UFSC). E-mail: radunz@ccs.ufsc.br¹

Introdução

Estudos mostram que o paciente sob cuidados relacionados à saúde está em risco. No cuidado em emergência este risco aumenta especialmente pela complexidade das condições clínicas do paciente, pelas mudanças freqüentes em seu estado geral, pela alta rotatividade dos pacientes e pelo manuseio tanto de aparato tecnológico como de medicamentos de alto risco¹.

Em 1974, nos Estados Unidos o primeiro estudo realizado pelas *California Medical Association* e *California Hospital Association* e denominado *The Medical Insurance Feasibility Study*, revisou 21 mil prontuários de pacientes hospitalizados em 23 hospitais da Califórnia. Neste estudo foram encontrados eventos adversos em 4,6% dos pacientes. Outro estudo, realizado dez anos após este, denominado *The Harvard Medical Practice Study* ao revisar 30 mil prontuários de pacientes internados no estado de Nova York (3,7% dos casos), encontrou dados semelhantes na freqüência de eventos adversos e mostrou que 13,6% dos eventos evoluíram para o óbito do paciente¹.

A maioria das pesquisas em torno desta temática tem sido conduzida nos hospitais, entretanto, poucas são centradas nas prioridades estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), tais como: na identificação do paciente, desenvolvimento ou teste de intervenções locais para melhorar a segurança do paciente e na relação custo-efetividade das estratégias de redução de risco². A partir de tais estudos, verificou-se que, em média, um paciente hospitalizado experiencia um erro de medicação por dia³. Esta prática resulta em 400.000 danos preveníveis relacionados às medicações que custam cerca de 3,5 bilhões de dólares anualmente^{2,3}.

Percebe-se que a política de segurança do paciente é amplamente estudada internacionalmente, entretanto, em âmbito nacional percebemos que há uma preocupação dos órgãos competentes para a sensibilização do tema, mas que muitas vezes, a segurança do paciente ainda é negligenciada.

Diante destes fatos, este estudo se reveste de importância fundamental uma vez que a enfermagem se constitui no maior contingente de profissionais que presta cuidado direto aos pacientes em emergência e, portanto, um estudo diagnóstico em uma unidade de emergência poderia contribuir para o planejamento de um cuidado mais seguro minimizando complicações desnecessárias e conseqüentemente contribuir na promoção da cultura da segurança nestas unidades e na melhoria do sistema de saúde.

O estudo tem como objetivos identificar e analisar os principais eventos adversos, problemas com produtos ou erros no uso de produtos incluindo equipamentos tecnológicos que ocorreram durante o cuidado de enfermagem em Emergência no período de 2008 a 2009 com os profissionais de enfermagem de Emergência em um hospital público de grande porte de Florianópolis.

Revisão da Literatura

A falta de confiança nos sistemas de cuidado é o problema que todos os profissionais de saúde buscam solucionar com o intuito de melhorar cada vez mais a prestação deste cuidado e garantir maior segurança à população. O conceito de segurança do paciente abrange a prevenção de erros no cuidado e a eliminação de danos causados aos pacientes por tais erros. O erro no cuidado em saúde se apresenta ao fim do evento como uma ação não intencional causado por algum problema ou falha durante a realização da assistência ao paciente, podendo ser praticado por qualquer membro da equipe e ocorrendo em qualquer momento do processo de cuidado⁴.

Para se resolver este problema, exige-se mudanças na cultura do cuidado em saúde no quais os erros não devem ser percebidos como o resultado da incompetência da ação humana, mas como oportunidades para melhorar o sistema³. A cultura da segurança é o suporte e a forma das atitudes e práticas dos membros da organização em torno da disposição em detectar e aprender a partir dos erros⁵.

Para o *Institute of Medicine* (IOM), a cultura da segurança no cuidado em saúde requer três elementos básicos: a crença que embora os processos de cuidado em saúde sejam de alto risco, eles podem ser planejados para prevenir o dano; um comprometimento ao nível da organização para detectar e aprender com os erros; e um ambiente que gerencia os erros quando os trabalhadores conscientemente aumentam os riscos para os pacientes e seus pares³. Algumas organizações alcançam alta credibilidade porque estão preocupadas com o dano, e sensíveis em como cada membro da equipe afeta um processo, tais organizações resistem à tentação em culpar os indivíduos dos erros dentro dos processos complexos. Esforços para avaliar a cultura da segurança são baseados na perspectiva psicológica organizacional, ao qual observa a cultura da segurança como crenças e práticas compartilhadas que podem ser categorizadas, medidas e mudadas⁵.

A utilização de boas práticas e a redução de erros decorrentes da assistência em saúde são fundamentais para a garantia da segurança do paciente em ambientes de cuidado, sendo amplamente difundidas por organizações que conduzem o processo de acreditação. O termo acreditação foi definido como um sistema de avaliação externa para verificar o cumprimento de um conjunto de padrões. Relaciona-se com a qualidade da assistência prestada, tendo sua origem no princípio de que hospitais devem ser locais seguros para a prática profissional e para o cuidado aos pacientes⁶. A partir disso a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) estabeleceu-se seis Metas Internacionais do Paciente: Identificar os pacientes corretamente; Melhorar a comunicação efetiva; Melhorar a segurança de medicamentos de alta vigilância; Assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto; Reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde; e Reduzir o risco de lesões ao paciente, decorrente de quedas⁷.

Na ocorrência de um erro, não existe apenas um responsável, considerando que cada profissional deveria exercer o papel de defesa do paciente de modo permanente. Estudos comprovam que em torno de 86% dos erros relacionados ao processo de administração de medicamentos são identificados por enfermeiros, enquanto apenas 2,0% destes são interceptados, muitas vezes, pelo próprio paciente⁸.

Com o intuito de influenciar de modo positivo o relato e a investigação de eventos como ferramenta de qualidade na assistência, estimula-se a notificação destes eventos, análise e condutas decorrentes para evitar novos eventos relacionados à mesma causa. Porém, a implementação destes mecanismos de registro não deve estar atrelado a uma filosofia institucional punitiva, e sim a uma lógica que privilegia a responsabilidade e comprometimento de cada profissional⁷.

A cultura de segurança pode ser categorizada em quatro componentes: cultura do relato, cultura justa, cultura flexível e cultura da aprendizagem. Estes componentes refletem a afirmação de que uma cultura informada é uma cultura segura e identificam as práticas e as crenças presentes em uma organização que está informada sobre os riscos e danos e atua para tornar-se segura⁹. Essencialmente, uma organização segura depende da disposição dos trabalhadores que estão na organização para detectar os erros e/ou quase-erros. Tais práticas apóiam a cultura do relato. A disposição dos trabalhadores para relatar os erros e danos depende de suas convicções de que a administração apoiará e recompensará o relato e que a disciplina se desenvolve sob a

base de correr riscos. Portanto, as práticas organizacionais apóiam a cultura justa. A disposição dos trabalhadores para relatar também depende de suas crenças de que os padrões de autoridade relaxam quando a segurança da informação é trocada porque aqueles com autoridade repetem o conhecimento dos trabalhadores da linha de frente, portanto as práticas organizacionais apóiam a cultura flexível¹⁰.

Por fim, a intenção dos trabalhadores em relatar depende de suas próprias crenças que serão analisadas pela organização podendo ser implementadas mudanças apropriadas a partir dos relatos dos trabalhadores. Neste sentido, as práticas organizacionais apóiam a cultura da aprendizagem. A interação destes quatro componentes produz uma organização informada, segura e que tem credibilidade¹⁰.

O maior desafio em avaliar a cultura é estabelecer o elo entre a cultura da segurança e os resultados no paciente¹¹. Alcançar a segurança e uma cultura informada depende de como os líderes em todos os níveis de uma organização obtêm, usam e disseminam as informações^{9,12}. Como consequência, as organizações devem avaliar a cultura da segurança ao nível de cada departamento e unidade, bem como, ao nível organizacional para identificar as áreas de cultura com necessidade de melhorar e aumentar a consciência dos conceitos de segurança do paciente; avaliar a efetividade das intervenções de segurança do paciente ao longo do tempo e estabelecer metas internas e externas¹¹.

Baseado nas discussões que vem surgindo sobre o assunto, o tema segurança do paciente nos Estados Unidos coloca em pauta quatro pontos importantes: redução das taxas de eventos adversos que seriam passíveis de prevenção; aprimoramento da comunicação entre os profissionais de saúde e pacientes (grande fonte de processos judiciais e base da estrutura de segurança); garantia aos pacientes de compensação por erros médicos legítimos; e diminuição da responsabilização do profissional de saúde quanto ao erro.

Mesmo não existindo dados estatísticos no Brasil sobre eventos adversos, seria possível estimar que se tivermos um evento adverso por dia, por hospital, e como há 7.543 hospitais no Brasil segundo a Federação Brasileira dos Hospitais, então teoricamente poderíamos ter em torno de 7.543 danos por dia, 226.290 por mês e 2.715.480 por ano¹¹.

Caso fôssemos calcular o número de eventos adversos para o Brasil usando o número de 40 eventos por 100 internações, como sugere o *Institute for Healthcare Improvement*, e com base nos dados do ano de 2006, que mostram um número de 11.315.681 internações pelo Sistema

Único de Saúde (SUS) e 4 milhões de internações no setor privado, teríamos um número de 6.126.272 de eventos, o que equivale a dizer que acontecem quase três eventos por dia em cada hospital do Brasil. Ainda, se 1% desses eventos ocasionassem óbito do paciente, teríamos 61 mil óbitos ao ano relacionados a eventos decorrentes de falhas no cuidado ao paciente. Tais dados são extremamente alarmantes apesar de hipotéticos e, por isso, torna-se urgente a necessidade de implementar práticas para a melhoria da qualidade dos cuidados relacionados à segurança do paciente¹¹. Ainda, hipoteticamente, se tivéssemos 1 evento adverso por dia na Unidade de Emergência do presente estudo, teríamos aproximadamente 365 eventos adversos por ano.

Neste sentido, a OMS lançou em 2004 a Aliança Mundial pela Segurança do Paciente, cujos tópicos já divulgados incluem cuidados com infecção e limpeza e cuidados com práticas em cirurgia, sendo o primeiro, para evitar infecções hospitalares e o segundo para evitar complicações cirúrgicas. As campanhas de intervenção incluem itens como prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica, bem como, tratamento adequado de infarto agudo do miocárdio ou insuficiência cardíaca congestiva, ou mesmo diminuição de danos por medicações de alto risco¹¹.

Devido à rotatividade e dinâmica do atendimento, o setor de emergência, por exemplo, reúne fatores como o estresse e a escassez de profissionais. Por esse motivo, é considerada uma área de alto risco para ocorrência de vários tipos de eventos adversos, tais como: as reações adversas, interações medicamentosas, reações alérgicas e os erros de medicação¹³. Desta forma, evento adverso é definido como: “lesão ou dano (*injury*) não intencional que resultou em incapacidade ou disfunção (*disability*), temporária ou permanente, e/ou prolongamento do tempo de permanência ou morte como consequência do cuidado prestado¹³”.

Métodos

Trata-se de um *e-Survey* (*survey* eletrônico) retrospectivo desenvolvido a partir da ferramenta *SurveyMonkey*®. O *SurveyMonkey*® é um formulário eletrônico que coleta, organiza e analisa as informações. A opção pelo estudo do tipo *survey* justificou-se neste momento, por estimular e dar oportunidade ao relato voluntário dos funcionários desta unidade. Esse estudo buscou identificar e analisar os principais eventos adversos, problemas com produtos ou erros no uso de produtos incluindo equipamentos tecnológicos que ocorreram durante o cuidado de enfermagem em Emergência no período de 2008 a 2009 por meio de um questionário on-line

fundamentado na FDA (*Food and Drug Administration*) denominado *MedWatch: Safety Information and Adverse Event Reporting Program* ¹⁴.

A amostra foi intencional não probabilística constituída de 46 profissionais de enfermagem, sendo: 19 enfermeiros, 24 técnicos e 3 auxiliares de enfermagem que trabalham na Emergência de um grande hospital público de Florianópolis. Os participantes do estudo foram identificados como P1, P2, P3 e, assim, sucessivamente

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da UFSC mediante parecer n° 319/08 e está fundamentado no Decreto 196/96 que determina as Diretrizes e Normas Regulamentadoras da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. A autorização para participação no estudo se deu mediante a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, assegurando o zelo das informações confidenciais, dos dados obtidos no estudo, além de garantir o anonimato dos participantes.

Para a coleta de dados, utilizou-se o ambiente via Web na qual as questões foram implementadas via ferramenta *SurveyMonkey*® para o registro voluntário dos eventos adversos, problemas com produtos e erros na utilização dos produtos que ocorreram no período de 2008 a 2009.

Os dados foram analisados na base de dados da ferramenta *Microsoft Excel 2003*® a partir de cálculos de estatística descritiva e inferencial abrangendo cálculos de frequência relativa e qui-quadrado e, estabeleceu-se como nível de significância de $p \leq 0,05$ para o intervalo de confiança de 95%.

Resultados

Antes de realizarmos a coleta de dados, participamos da reunião dos Enfermeiros da unidade de Emergência, com o intuito de divulgar o estudo. A seguir começamos a distribuir aos participantes folders ilustrados e explicativos sobre o tema segurança do paciente e a abordagem que realizaríamos na pesquisa. Dessa forma, garantimos que todos os interessados em participar do estudo já obtivessem de antemão uma prévia introdução ao tema da pesquisa.

No que se refere às características sócio-demográficas dos participantes do estudo podemos salientar que a quantidade de profissionais da equipe de Enfermagem da unidade de emergência do estudo totalizou 60 profissionais, sendo 19 enfermeiros, 32 técnicos de enfermagem e 9 auxiliares de enfermagem. Dos 60 profissionais, 46 responderam ao questionário, representando 76,7% da amostra.

De 19 enfermeiros, os 19 responderam ao questionário; 32 técnicos de enfermagem, 24 responderam ao questionário representando 75% de técnicos que participaram. De 9 auxiliares de enfermagem, 3 participaram, totalizando 33,3%. Do total de 46 participantes, 41,3% foi de enfermeiros, 52,2% de técnicos e 6,5% de auxiliares. Dos profissionais participantes, 41,3% representam os profissionais que estão há mais de 10 anos formados; com 19,6% estão os formados de 5 a 10 anos; 32,6% os formados de 1 a 5 anos e 6,5% os que estão formados de alguns meses até 1 ano. Do total de participantes, 66,7% trabalham na emergência por opção, seguido dos 22,2% de profissionais que estão em estágio probatório; 11,1% relatam este ser o único local disponível para trabalhar e 2,2% ignoraram tal pergunta. Percebe-se que a maior parte dos profissionais trabalha na emergência por opção o que pode ter influenciado na grande participação dos profissionais de enfermagem da unidade no estudo.

De todos os participantes do estudo, 8 pessoas têm de 20 a 25 anos; 12 têm de 26 a 30 anos; 9 têm de 31 a 35 anos; 6 têm de 36 a 40 anos; 8 têm de 41 a 45 anos e 3 têm de 46 a 50 anos.

No que se refere às informações relacionadas ao paciente, foi solicitado que o participante assinalasse alternativas para classificar o tipo de erro que estava relatando, esta pergunta teve um total de 35 respostas. A fim de se comparar as diferenças das categorias das variáveis e evidenciar se as frequências observadas eram as mesmas esperadas para cada evento adverso foi realizado o teste qui quadrado representado por α^2 como mostra a tabela 01.

Tabela 01. Frequência de eventos adversos, erro no uso de produto, problema com produto e problema com diferentes fabricantes do mesmo medicamento ou produto em uma Unidade de Emergência geral de um HU.

Variável	N	Porcentagem
Evento adverso	10	28,6%
Erro no uso do produto	11	31,4%
Problema com o produto e Problema com diferentes fabricantes do mesmo medicamento ou produto	14	40,0%
Total	35	100%

Fonte: Ferramenta *Survey Monkey* setembro/outubro, 2010.

$$\alpha^2 0,054788961 / P\text{-value}:0,81493031$$

Os dados mostram que o α^2 calculado é menor que o qui-quadrado crítico de referência (7,815) e que as frequências obtidas e esperadas dentro das células não são consideradas um reflexo de uma diferença verdadeira entre as categorias da variável.

Quanto às informações relacionadas às conseqüências do erro adverso, foi solicitado que o participante classificasse quanto à conseqüência do erro conforme mostra a tabela 02.

Tabela 02. Resultado atribuído ao evento adverso.

Variável	N	Porcentagem
Risco de Morte e Óbito	10	28,57%
Hospitalização – inicial ou prolongada	9	25,71%
Incapacidade ou dano permanente e Anomalia congênita/problemas durante o nascimento	5	14,29%
Intervenção necessária para prevenir impedimento ou dano permanente (equipamentos)	6	17,14%
Outra situação séria (eventos médicos importantes)	5	14,29%
Total	35	100%

Fonte: Ferramenta *Survey Monkey* setembro/outubro, 2010.

$$\alpha^2 4,41762106923767E-31 / P\text{-value:}1$$

Os dados mostram que o α^2 calculado é menor que o qui-quadrado crítico de referência (11,070) e que as frequências obtidas e esperadas dentro das células não são consideradas um reflexo de uma diferença verdadeira entre as categorias da variável.

Após selecionar os tipos de erros, os participantes passavam para o item seguinte que era relatar os eventos. Dentre os principais relatos evidenciados pelos participantes destacaram-se:

P1 “O cliente precisou de intubação na sala de reanimação e uso do ambu para o aporte de oxigênio, o ambu não estava checado pela equipe, quando fomos usar, vimos que faltava uma parte dele, isto acarretou em demora, e perigo ao paciente, pois ficou mais tempo sem oxigênio e com risco de sua lesão se tornar irreversível”.

P2 “Troca de medicação entre pacientes. Foi administrado um levofloxacino de um paciente em outro que não tinha essa medicação na prescrição”.

P3 “Puncionei uma paciente com scalp nº 23, depois de algum tempo ela chama alguém da enfermagem, pois o mesmo estava vazando por baixo do micropore. Surpreendi-me ao ver que o bisel estava parcialmente quebrado bem na junção, com cuidado consegui tira-lo por inteiro...”

P4 “paciente masculino, chega à emergência adulto do HU e refere muita dor abdominal , e náuseas, apos a consulta medica , foi prescrito plasil 01 ampola ev, e buscopan composto 01 ampola ev, como de rotina , as duas medicações são diluídas e aplicadas juntas , na mesma seringa e na mesma punção . Apos , alguns minutos da aplicação, o paciente tem uma sincope, com pele fria , sudorese, e perda da consciência , por alguns segundos , apos acordado, tem um episodio de vômitos e hipotensão, com sensação de morte, "abafamento". Paciente necessitou ficar por mais de 02 h na emergência para sua recuperação”

P5 “Determinada dieta oferecida a um paciente que apresenta agudização de um transtorno mental, a dieta era composta por pedaços de carne que se não fossem muito bem mastigados causariam asfixia, o paciente se alimentou rapidamente e ocorreu o engasgamento que evoluiu para uma parada respiratória, visto que este pedaço de carne só foi retirado no momento da intubação”.

P6 “Queda de paciente jovem de uma maca que quebrou a parte dos pés. Paciente caiu sentada no chão. Lesão profunda com exposição de tendão em pé de uma paciente idosa ao sentar em cadeira de rodas que estava com uma ponta de ferro exposta”.

Discussões

Conforme os dados sócio-demográficos apresentados, percebe-se que a maior parte dos profissionais trabalha na emergência por opção. O que pode ter influenciado a grande participação dos profissionais de enfermagem da unidade do estudo.

Estes resultados apontam uma delicada realidade, a de que as equipes de enfermagem trabalham constantemente com a presença de erros, e que a ocorrência destes eventos adversos acarretam riscos para a vida dos pacientes e conseqüências incalculáveis. Investigações científicas sobre os fatores que ocasionam os eventos adversos ressaltam que os mais comuns são atribuídos à inexperiência profissional, falta de conhecimento técnico-científico, número insuficiente de profissionais na assistência, além de problemas inerentes a planta física e os materiais e equipamentos das instituições. A conjunção de fatores humanos, por si só complexos, fatores estruturais, condições clínicas do paciente e até mesmo a combinação de todos os fatores fazem dos eventos adversos fenômenos multidimensionais de difícil abordagem¹⁵.

Os resultados apresentados nesta pesquisa apontam também que os eventos adversos mais destacados estão relacionados a administração de medicamentos, produtos e equipamentos tecnológicos.

O resultado do cálculo qui quadrado evidenciou que não houve diferença estatisticamente significativa entre as variáveis uma vez que ambos resultados do α^2 foram menores que o qui quadrado crítico. Ou seja, os resultados evidenciam que as amostras não diferem significativamente quanto às proporções desses acontecimentos tais como: eventos adversos, erro no uso de produto, problema com produto e problema com diferentes fabricantes do mesmo medicamento ou produto e ainda nas conseqüências disso para a segurança do paciente. Portanto seria oportuno estudar as implicações destas variáveis na opinião das diferentes categorias profissionais.

Estudos ainda mostram que os eventos mais comuns na enfermagem são aqueles relacionados ao processo de medicação, eventos de queda, úlcera por pressão, infecção hospitalar, eventos na manipulação de produtos tecnológicos (sondas, drenos, tubos endotraqueal, traqueostomia), manipulação de equipamentos¹⁵.

Para que esta realidade seja mudada é preciso investir em um sistema que registre os eventos adversos que ocorrem, de forma alheia à punição, sobretudo de maneira educativa, reforçando para os profissionais ações preventivas e que propiciem a cultura da segurança do paciente.

Cada Instituição apresenta um processo específico para a notificação dos eventos, cabe a cada uma delas, implantar um formato de registro e tratamento dos dados, de forma a classificá-los, priorizá-los, e preveni-los, por meio do desenvolvimento de estratégias de educação permanente, comunicação e monitoramento, para que todos os colaboradores apresentem por foco a busca da melhoria continua para a assistência segura aos pacientes¹⁵.

Analisando o relato de P1, de acordo com as Diretrizes da *American Heart Association* de 2010, As células nervosas são extremamente vulneráveis à falta de oxigênio e glicose. O déficit de oxigênio a partir de 4 minutos pode causar lesões irreversíveis ao cérebro. Com isso o treinamento e organização da equipe de saúde, e o funcionamento dos equipamentos são primordiais para minimizar novos riscos aos pacientes¹⁶.

No que diz respeito à troca de paciente, ao receber o medicamento, estudos revelam que o levofloxacino é um antibiótico e os antibióticos são amplamente utilizados no ambiente hospitalar, especialmente pela via intravenosa. Seu uso inadequado pode gerar problemas, como

resistência microbiana, prolongamento do tempo de internação e maior custo do tratamento. Neste contexto, fica evidente que a administração errada do antimicrobiano pode impedir que ele alcance o local da infecção, mantenha concentrações suficientes no foco da infecção para exercer sua ação, e permaneça no local tempo suficiente para inibir a multiplicação ou matar os microorganismos. Erros relacionados com a administração parenteral, principalmente os que envolvem a via endovenosa, podem apresentar ainda maior gravidade, considerando-se que a dose é administrada diretamente na corrente sanguínea, levando a um efeito rápido, sendo necessário monitorizar o paciente para a ocorrência de reações adversas. Além disso, os níveis plasmáticos do medicamento podem se elevar e causar toxicidade¹⁷.

A identificação do paciente no momento da administração do medicamento é de fundamental importância. Alguns estudos relatam que o uso da pulseira com identificação é uma estratégia importante para evitar este tipo de erro, principalmente quando o paciente não consegue se comunicar⁴.

O relato de P3 conforme estudo recente demonstra que o gestor público tem o importante papel de suprir, adequadamente, o ambiente hospitalar com materiais adequados que garantam a qualidade, a produtividade, a satisfação dos pacientes e a prestação de serviços pela equipe hospitalar. A qualidade está ligada à satisfação do paciente e é definida pelas características técnicas do produto ou serviço, seu desempenho, sua confiabilidade, e sua ausência de defeitos¹⁸.

A segurança dos profissionais quanto aos pacientes “é a dimensão que avalia a segurança dos empregados e a segurança dos usuários do produto. Mede-se por meio de índices como número de acidentes, índice de gravidade, etc”. No atendimento médico-hospitalar, pacientes e profissionais precisam de segurança na administração de medicamentos, execução de rotinas e procedimentos. A enfermagem desempenha um papel fundamental na prevenção de acidentes, evitando riscos para a vida dos pacientes e membros da equipe. Condições inseguras podem ser um resultado indesejável para o gestor de uma organização hospitalar¹⁸.

Na situação relatada por P4, nota-se que o Metoclopramida (plasil) pode acarretar efeito extrapiramidal como: discinesia e distonias agudas síndrome parkinsoniana, acatisia, mesmo após administração de dose única, principalmente em crianças e adultos jovens, sonolência, diminuição do nível de consciência, confusão e alucinação. Outras reações podem ocorrer: Discinesia tardia, durante ou após tratamento prolongado, principalmente em pacientes idosos. Convulsões e Síndrome neuroléptica maligna. Já as reações adversas mais frequentes no uso da

Escopolamina (buscopan) incluem: boca seca, turvação da vista (distúrbios de acomodação visual), taquicardia, tontura e retenção urinária. Todavia, tais reações são leves e auto-limitadas. Em pacientes sensíveis, independentemente da dose, a Dipirona, que faz parte da composição da Escopolamina e Dipirona (Buscopan Composto), pode provocar hipotensão e reações de hipersensibilidade (alergia). As mais graves, embora bastante raras, são choque anafilático, alterações no número de células no sangue (discrasias sangüíneas), agranulocitose (redução acentuada de células brancas do sangue por leucopenia)¹⁹.

A interação medicamentosa constitui um dos temas mais importantes da farmacologia, para a prática clínica segura dos profissionais da saúde. O uso concomitante de vários medicamentos e o crescente número destes agentes no mercado são alguns dos fatores que contribuem para ampliar os efeitos benéficos da terapia, mas que também possibilitam a interferência mútua de ações farmacológicas podendo resultar em alterações dos efeitos desejados²⁰.

De acordo com as orientações comerciais do medicamento Escopolamina e Dipirona, o uso ao mesmo tempo de medicamentos que agem de forma contrária (antagonista) da dopamina, como, por exemplo, metoclopramida, pode resultar numa diminuição da atividade de ambos os fármacos no trato do aparelho digestivo¹⁹. Neste caso não conseguimos identificar qual medicação causou a reação, por esse motivo deve-se evitar misturar as medicações, lavar adequadamente a via após a administração da medicação e dar um intervalo de alguns minutos antes de administrar à próxima.

Além dos relatos de erros de medicação e equipamentos tecnológicos P5 relatou problemas com o cuidado de enfermagem. Estudo mostram que, durante a agudização de um transtorno mental o paciente torna-se confuso, perdendo a relação entre os processos psíquicos na realização do pensamento, da memória e da percepção. Neste estado as vivências não são coerentemente elaboradas e a associação dos estímulos faz-se de forma inusitada. A própria situação do indivíduo, dentro de seu contexto existencial, passa a ser confusa e desorganizada. Por esse motivo o paciente não pode se alimentar sozinho e a equipe de enfermagem precisa auxiliar nesse processo. Dispensar maior tempo ao paciente é uma característica da prática de enfermagem, deste modo, os profissionais de enfermagem devem se valer dessa condição e empregar esforços para promover o bem-estar do ser humano e, para isso é necessário ser capaz

de perceber suas necessidades nos diferentes momentos da vida, buscar supri-las mediante a oferta de cuidado qualificado e seguro²¹.

Conforme o relato de P6, uma das medidas de segurança no hospital é a prevenção da queda, pois o acontecimento de tal evento desqualifica o cuidado, com conseqüências para o paciente, a equipe de enfermagem e a Instituição. Os eventos adversos como a queda e a lesão causada pela cadeira de roda aumentam os custos com a assistência, pois requerem maior período para a hospitalização, além de trazerem alterações psicológicas para o paciente, em decorrência do maior afastamento de seus compromissos sociais e familiares²².

A enfermeira tem um papel primordial na manutenção dos materiais e equipamentos médicos-hospitalares. Ela tem que encaminhá-los à manutenção, realizar o controle da volta do equipamento, garantindo, além do funcionamento adequado, a qualidade na assistência ao paciente²². Quando o equipamento estiver quebrado ou danificado deve ser retirado da unidade, para que o uso inapropriado não traga riscos à segurança do paciente.

Além destes relatos também surgiram outros itens como de equipamentos tecnológicos que não funcionam adequadamente, eventos adversos com o cuidado de enfermagem, erros na utilização de produtos.

Conclusões

Por ser o primeiro estudo realizado desta forma no Brasil, concluímos que os relatos foram impactantes e refletem a realidade de muitos hospitais. O fato de o estudo ser retrospectivo demonstrou o compromisso dos participantes com as lembranças de situações que ocorreram na instituição apesar de não contemplarem todos os itens do questionário, mesmo assim assumiram a responsabilidade de participar e relatar.

Outro item é a condição estressante de trabalho sofrido pela a equipe de enfermagem. A unidade de emergência tem como característica a rotatividade de grande número de pacientes, além das situações eminentes de morte, onde o profissional precisar ser rápido e eficaz. Muitas vezes os equipamentos tecnológicos não funcionam, há falta de profissionais, entre outros itens acarretando situações conflituosas. O trabalho quando realizado de forma insalubre e insegura traz conseqüência para o profissional quanto para o paciente. Ainda muitos profissionais possuem mais do que um vínculo empregatício e a dupla jornada de trabalho pode levar ao erro devido ao cansaço ou até mesmo a falta de atenção¹³.

Os relatos dos profissionais mostram que eles percebem a gravidade dos fatos e se preocupam com os resultados dos eventos com os pacientes. Nesse contexto, realizar educação permanente e condições ideais de trabalho poderá contribuir para a segurança do paciente.

A educação dos profissionais é fator essencial para o desenvolvimento da sociedade que vive em constantes transformações. No mundo do trabalho, a possibilidade de educação permanente deve contemplar a incorporação de novas tecnologias, e a própria pressão social deve desencadear processos que assegurem a cidadania. O profissional devidamente capacitado realiza o cuidado com maior qualidade e conseqüentemente com maior segurança¹⁵.

A segurança do paciente é uma responsabilidade de todo profissional, em contrapartida, deve ser um indicador para o paciente, ou seja, servir como uma referência para que o paciente se sinta seguro ao procurar determinado serviço de saúde. Portanto, deve existir uma sintonia entre a qualidade da assistência com a procura pelo serviço²².

Os resultados ainda nos possibilitam recomendar novos estudos analisando significância das variáveis para as diferentes categorias profissionais bem como estudos comparativos antes e após a aplicação do questionário.

Referências

1. Zambon, L S. Riscos e eventos adversos: uma realidade alarmante. MedicinaNet. Disponível em: www.medicinanet.com.br/ler.vxlpub?codconteudo=901&menu=gerenciamento. Acesso em 2/04/2010.
2. World Health Organization - WHO. World alliance for patient safety. Summary of the evidence on patient safety: implications for research. The Research Priority Setting Working Group of the World Alliance for Patient Safety. 2008. P 1-136
3. Institute of Medicine. Preventing medication errors. Washington, DC: The National Academies Press. (2007).
4. Teixeira, T. C. A. e Cassiani, S. H. D. B. Análise de causa raiz: avaliação de erros de medicação em um Hospital Universitário. Rev. Esc Enferm. USP, 2010; 44 (1):139-46.
5. Wiegmann, D. A.; Zhang H.; Sharma, T. T.; *et al.* A synthesis of safety culture and safety climate research. Prepared for Federal Aviation Administration; Technical Report No.: ARL-02-3/FAA-02-2. Contract NO.: DTFA 01-G-015. University of Illinois at Urbana-Champaign, junho de 2002.

6. Clinco, S. D. O.. O hospital é seguro? Percepções de profissionais de saúde sobre segurança do paciente. Dissertação. Escola de Administração de Empresas de São Paulo, 2007. 98 f. Disponível em <http://virtualbib.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/4900/106674.pdf?sequence=1>. Acesso em 13 set 2010.
7. Joint commission international center for patient safety. International Patient Safety Goals. 2008. Disponível em <<http://www.jcipatientsafety.org/29083/>>. Acesso em: 12 abr 2010.
8. Bohmol, E.. Erro de medicação: um indicador de qualidade. In: D’Innocenzo, Maria (coord.) *et al.* Indicadores, auditorias, certificações: ferramentas de qualidade para gestão em Saúde. São Paulo: Martinari, 2006.
9. Reason, J. T.. Gerenciando os riscos de Acidentes Organizacionais. Aldershot, England: Ashgate, 1997.
10. Marx, D. Patient safety and the “Just Culture”: A primer for health care executives: In support of Columbia University. Nova York, 17 abr 2001. Disponível em: <<http://www.psnet.ahrq.gov/resource.aspx?resourceID=1582>>. Acesso em 12 abr 2010.
11. Huang, D.T.; Clermont, G.; Sexton, J.B.. Perceptions of safety culture vary across the intensive care units of a single institution. *Critical Care Medicine*, 35: 165-176, 2007.
12. Westrum, R.. A typology of organizational cultures. *Quality and Safety in Health Care*,13: 22-27, 2004.
13. Oliveira, R. C.; Camargo, A. E. B.; Cassiani, S. H. D. B.. Estratégias para prevenção de erros de medicação no Setor de Emergência. *Rev. Bras. Enferm.* 2005, jul-ago; 58(4):399-404.
14. Freitas, H.; Oliveira, M.; Saccol, A. Z.; e Moscarola, J.. O método de pesquisa survey. *Rev. de Administração da USP*, v. 35, nr. 3, São Paulo: Jul-Set. 2000, p.105-112.
15. Silva, Sandra C. Eventos Adversos na Saúde: uma realidade. Entrevista. *Revista Nursing*. Mar 2009. Disponível em: <http://www.nursing.com.br/article.php?a=67> Acesso em 5 Nov 2010.
16. American Heart Association Guidelines PCR e ECC 2010. Destaques das Diretrizes da American Heart Association 2010 para RCP e ACE.
17. Marques, T. C. *et al.* Erros de administração de antimicrobianos identificados em estudo multicêntrico brasileiro. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*. vol. 44, n. 2, abr./jun., 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbcf/v44n2/a16.pdf> Acesso em 7 nov. 2010
18. Washinton, L. C. R.; Lira, R. A.. O gestor hospitalar e sua atuação frente ao suprimento de materiais. *Revista Perspectivas Online* vol. 4 n. 13, 2010. Disponível em

[http://www.perspectivasonline.com.br/revista/2010vol4n13/volume4\(13\)artigo6.pdf](http://www.perspectivasonline.com.br/revista/2010vol4n13/volume4(13)artigo6.pdf) Acesso em 7 nov. 2010

19. Brasil. Ministério da Saúde. ANVISA - Bulário eletrônico. 2008. Disponível em <http://www4.anvisa.gov.br/BularioEletronico/> Acesso em 7 nov. 2010.

20. Secoli, S. R. Interações medicamentosas: fundamentos para a prática clínica da enfermagem. Rev Esc Enf. USP, v.35, n. 1, p. 28-34, mar. 2001. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v35n1/v35n1a04.pdf> Acesso em 12 nov. 2010.

21. Paes, M. R.; Borba, L. O.; Labronici, L. M.; Maftum M. A. Cuidado ao portador de transtorno mental: percepção da equipe de enfermagem de um pronto atendimento. Cienc Cuid Saude, 2010 Abr/Jun; 2010 9(2):309-6. Disponível em <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/11238/6081> Acesso em 07 nov. 2010.

22. Decesaro, M. N. ; Padilha, K. G. Queda: Comportamentos negativos de Enfermagem e conseqüências para o paciente durante o período de internação na UTI. Arq. Cienc. Saúde Unipar, 5(2): maio/ago, 2001. Disponível em <http://revistas.unipar.br/saude/article/viewFile/1115/978> Acesso em 7 nov.2010.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por ser o primeiro estudo realizado desta forma no Brasil, concluímos que os relatos foram impactantes e refletem a realidade de muitos hospitais. O fato de o estudo ser retrospectivo demonstrou o compromisso dos participantes com as lembranças de situações que ocorreram na instituição apesar de não contemplarem todos os itens do questionário, mesmo assim assumiram a responsabilidade de participar e relatar.

O desenvolvimento dessa pesquisa identificou eventos adversos que acarretam riscos para a segurança do paciente, como a administração de medicamentos, produtos e equipamentos tecnológicos, através dos relatos apresentados e das vivências experienciadas por nós acadêmicos, que possuíamos um olhar diferente sobre toda a assistência prestada.

A unidade de emergência tem como característica a rotatividade de grande número de pacientes, além das situações eminentes de morte, onde o profissional precisar ser rápido e eficaz, além de muitas vezes os equipamentos tecnológicos não funcionarem, há falta de profissionais, entre outros itens acarretando situações conflituosas. Tais condições estressantes de trabalho sofrido pela a equipe de enfermagem, podem acarretar em maior risco para a segurança do paciente. De acordo com Oliveira, Camargo e Cassiani (2005), o trabalho quando realizado de forma insalubre e insegura traz consequência para o profissional quanto para o paciente. Ainda muitos profissionais possuem mais do que um vínculo empregatício e a dupla jornada de trabalho pode levar ao erro devido ao cansaço ou até mesmo a falta de atenção.

Sugerimos como estratégias a serem implementadas pela a Unidade em questão, para melhorar a segurança do paciente o desenvolvimento de protocolos de preparo e administração de medicamentos, com por exemplo, o uso de pulseiras com a identificação do paciente.

Além disso é fundamental o incentivo a educação permanente dos profissionais sobre o tema, e a criação de um sistema que registre os eventos adversos que ocorrem, para então a partir destes registros traçarem metas para prevenir novos eventos adversos.

Mudanças necessárias para a segurança do paciente requerem dos profissionais da saúde e das instituições um exercício de reflexão e elaboração de protocolos que realmente diminui o risco do paciente sofrer algum dano enquanto é cuidado. O ponto chave segundo Néri *et al* (2008), para reduzir esses riscos é criar um ambiente que mude progressivamente a cultura da culpa e punição, e que, se ampliem os espaços para uma cultura de vigilância e cooperação. Uma

das atribuições profissionais dos enfermeiros é estar atento às necessidades de mudanças na cultura de segurança do paciente entre a equipe de enfermagem, buscando conhecimento técnico e científico a fim de promover qualidade e assistência segura aos pacientes durante o processo de cuidado.

Uma iniciativa do Hospital onde foi realizado o estudo, é a elaboração de um protocolo para que seja estimulado o relato dos eventos adversos dos profissionais da instituição. Percebe-se com isso a importância do tema e sua preocupação em diminuir a incidência dos mesmos.

7. REFERÊNCIAS

BOHMOL, Elena. **Erro de medicação: um indicador de qualidade**. In: D’Innocenzo, Maria (coord.) *et al.* Indicadores, auditorias, certificações: ferramentas de qualidade para gestão em Saúde. São Paulo: Martinari, 2006.

CASEY, M; FELLOW, S. N.; MOSCOVI, F.. Flex Monitoring Team Critical Access Hospital Patient Safety Priorities and Initiatives: Results of the 2004 National CAH Survey. **Briefing Paper Nº 3**. University of Minnesota, University of North Carolina at Chapel Hill, University of Southern Maine. Setembro, 2004. P.1-18. Disponível em <http://www.flexmonitoring.org/documents/BriefingPaper3_PatientSafety.pdf> Acesso em 20 abr 2010.

COLLA, J. B.; BRACKEN, A. C.; KINNEY, L. M.. **Measuring patient safety climate: a review of surveys**. Quality and Safety in Health Care,14: 364-366, 2005.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução 196/96. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos**. Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br/res19696.htm>> Acesso em 15 mai 2010.

EDMONSON, A. C.. **Learning from failure in health care: frequent opportunities, pervasive barriers**. Quality and Safety in Health Care, 13: 3-9, 2004.

FÓRUM NACIONAL DA QUALIDADE. **Práticas seguras para melhores cuidados de saúde: um relatório de consenso**. Washington, DC: NQF, agosto de 2003. Disponível em <<http://www.ahrq.gov/qual/nqfpract.htm>> Acesso em 20 abr 2010.

FREITAS, H.; OLIVEIRA, M.; SACCOL, A. Z.; e MOSCAROLA, J.. O método de pesquisa survey. **Revista de Administração da USP**, v. 35, nr. 3, São Paulo: Jul-Set. 2000, p.105-112.

GOLDIM, R.; FRANCISCONI, C. F. **Bioética e Informação**. Porto Alegre, 11 mar 2004. Disponível em: <www.bioetica.ufrgs.br/bioinfo.htm>. Acesso em 25 mar 2010.

HEALTH AND SAFETY COMMISSION (HSC). **Organizing for safety: Third report of the human factors study group of ACSNI**. Sudbury: HSE Books, 1993

HUANG, D.T.; CLERMONT, G.; SEXTON, J.B.. **Perceptions of safety culture vary across the intensive care units of a single institution.** *Critical Care Medicine*, 35: 165-176, 2007.

HULLEY, S. B. *et al.* **Designing Clinical Research.** 3thed . Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia, 2007.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Cruzando o Abismo de Qualidade: Um novo sistema para o século 21.** Washington, DC: National Academy Press; 2001.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Errar é humano: Construindo um Sistema de Saúde mais seguro.** Washington, DC:National Academy Press, 2000.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Patient safety: Achieving a new standard for care.** Washington, DC: National Academy Press, 2004.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Preventing medication errors.** Washington, DC: The National Academies Press, 2007.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL CENTER FOR PATIENT SAFETY. **International Patient Safety Goals.** 2008. Disponível em <<http://www.jcipatientsafety.org/29083/>>. Acesso em: 12 abr 2010.

KAUSHAL, R.; E BATES, D. **Clinica do Farmacêutico O papel na prevenção de eventos adversos com Medicamentos.** In: Shojania K. *et al.* (eds.), *Making Health Care Safer: Uma Análise Crítica das Prática Segura do Paciente* . Publication No. 01-E058. Rockville, MD: AHRQ, 2001.

LEÃO, Eliseth Ribeiro (Org.) *et al.* **Qualidade em Saúde e indicadores como ferramenta de gestão.** São Caetano do Sul: Yendis Editora, 2008.

LEAPE LL.. Reporting adverse events. **New England Journal of Medicine**, 347, 1633-1638. Boston, 14 novembro 2002.

MARX, D. **Patient safety and the “Just Culture”: A primer for health care executives: In support of Columbia University.** Nova York, 17 abr 2001. Disponível em: <http://www.psnet.ahrq.gov/resource.aspx?resourceID=1582>>. Acesso em 12 abr 2010.

NIEVA, V. F.; SORRA, J.. **Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations.** *Quality and Safety in Health Care*, 12: 17-23, 2003.

NÉRI, Eugenie Desirée Rabelo. **Segurança do Paciente:** uma responsabilidade de todos. In: NÉRI, Eugenie Desirée Rabelo; et al. *Protocolos de preparo e administração de medicamentos: pulsoterapia e hospital dia.* Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, Hospital Wlater Cantídio, 2008. p. 07-09. Disponível em: http://www.huwc.ufc.br/arquivos/biblioteca_cientifica/1238006517_50_0.pdf. Acesso em 28 nov 2010.

Oliveira, R. C.; Camargo, A. E. B.; Cassiani, S. H. D. B.. Estratégias para prevenção de erros de medicação no Setor de Emergência. **Rev. Bras. Enferm.** 2005, jul-ago; 58(4):399-404.

REASON, J. T.. **Gerenciando os riscos de Acidentes Organizacionais.** Aldershot, England: Ashgate, 1997.

SHOJANIA K., DUNCAN, B., MCDONALD K., AND WATCHER, R. (eds.). **Fazendo Saúde Segura: Uma análise Crítica das Práticas de segurança dos pacientes.** Evidence Report/Technology Assessment No. 43 (Elaborado pela University of California at San Francisco-Standord), AHRQ Publication No. 01-E058. Rockville, MD: AHRQ, julho 2001.

WEICK, K. E.; SUTCLIFFE, K. M.. **Managing the unexpected: Assuring high performance in an age of complexity.** San Francisco: Josey-Bass, 2001.

WESTRUM, R.. **A typology of organizational cultures.** *Quality and Safety in Health Care*, 13: 22-27, 2004.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WORLD ALLIANCE FOR PATIENT SAFETY. SUMMARY OF THE EVIDENCE ON PATIENT SAFETY: IMPLICATIONS FOR RESEARCH.** The Research Priority Setting Working Group of the World Alliance for Patient Safety. 2008. P 1-136

WIEGMANN, D. A.; ZHANG H.; SHARMA, T. T.; *et al.* **A Síntese da Cultura da Segurança: uma pesquisa de clima e segurança.** Preparado para a Federal Aviation

Administration; Technical Report No.: ARL-02-3/FAA-02-2. Contract NO.: DTFA 01-G-015. University of Illinois at Urbana-Champaign, junho de 2002.

ZAMBON, L S. Riscos e eventos adversos: uma realidade alarmante. **MedicinaNet**. Atualizado em 04 março 2009. Disponível em: <http://www.medicinanet.com.br/ler.vxlpub?codconteudo=901&menu=gerenciamento> Acesso em: 12 abr 2010.

8. ANEXOS

Anexo 1: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de acordo com a Regulamentação do Conselho Nacional de Saúde – Resolução 196/96

Eu, **Grace T M Dal Sasso**, pesquisadora responsável pelo estudo e Professora do Programa de Pós-Graduação e Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), venho por meio deste convidá-lo(a) participar do presente estudo, denominado ***E-survey: Cuidado em Emergência e a Segurança do Paciente***, que tem como objetivo: Identificar e Analisar os principais eventos adversos, problemas com produtos ou erros no uso de produtos incluindo equipamentos tecnológicos que ocorreram durante o cuidado de enfermagem em emergência no período de 2008 a 2009 com a Equipe de Enfermagem de um hospital público de Florianópolis.

A proposta do estudo prevê a coleta de dados no período entre os meses de agosto a outubro de 2010, sendo totalmente on-line. Ou seja, o questionário está totalmente on-line organizado na ferramenta *SurveyMonkey*®.

Você tem total liberdade de desistir do estudo no momento que julgar oportuno enviando um e-mail para o Coordenador da Pesquisa. Sua identificação será rigorosamente preservada, garantindo-se, portanto, total anonimato em relação a sua identidade.

Não é necessário nenhum tipo de procedimento adicional. Também não existe nenhum risco, físico, emocional, ético ou econômico, inerente à sua participação na pesquisa proposta.

Em caso de qualquer dúvida ou problema, entrar em contato com:

Grace T M Dal Sasso

grace@ccs.ufsc.br

Assinatura do pesquisador

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que fui informado(a) sobre todos os procedimentos da proposta do estudo, que recebi, de forma clara e objetiva, todas as explicações pertinentes e que todos os dados a meu respeito serão sigilosos.

Declaro que fui informado (a) que posso me retirar do estudo a qualquer momento e autorizo a utilização dos dados resultantes da pesquisa para publicação de artigos científicos.

Nome por extenso: _____

Registro Geral (RG): _____

Local: _____

Data: ____ / ____ / _____

Assinatura do participante

Anexo 2: SurveyMonkey

Meus questionários | Cria de emergência | Minha conta | **Cria questionário**

Você tem uma conta **BÁSICA** | Para remover os limites de uma conta **BÁSICA** e criar questões limitadas, [atualize aqui!](#)

E-survey: Enfermagem no Cuidado em Emergência e Segurança do Paciente

Paciente Editar | **Cria questionário** | **Colhe respostas** | **Analisar resultados**

Editar questionário
 Opções de questionário
 Imprimir questionário
 Restaurar questões

Editar questionário **Visualizar questionário**

Para alterar a **aparência** do seu questionário, selecione um tema abaixo:

Copy of Cloudy Day | [Criar tema personalizado](#)

[+ Adicionar página](#)

PÁGINA 1 | [Editar página](#) | [Adicionar lógica de página](#) | [Mover](#) | [Copiar](#) | [Excluir](#) | [Esconder apenas esta página](#)

1. E-Survey Cuidado de Enfermagem em Terapia Intensiva e Segurança do Paciente

GIATE: Grupo de Pesquisa Clínica, Tecnologias, Informações e Informática em Saúde e Enfermagem - FEN-UFSC

Este E-Survey tem o objetivo de Identificar, Analisar e Descrever os principais eventos adversos, problemas com produtos ou erros no uso de produtos incluindo equipamentos tecnológicos que ocorreram durante o cuidado de enfermagem em emergência no período de 2008 a 2009. Suas informações são totalmente confidenciais e nenhuma identificação é necessária. Sobretudo este estudo, tem a finalidade de promover a cultura da segurança do paciente no cuidado em Emergência estimulando o registro voluntário destas ocorrências. Obrigada por sua importante contribuição!

[+ Adicionar questão](#)

Q1 [Editar questão](#) | [Adicionar lógica de questão](#) | [Mover](#) | [Copiar](#) | [Excluir](#)

1. A) Como participante do Estado por gentileza, anule abaixo apenas uma opção

1. Categoria Profissional:

- Enfermeiro
- Técnico de Enfermagem
- Auxiliar de Enfermagem

[+ Adicionar questão](#) | [Dividir página aqui](#)

Q2 [Editar questão](#) | [Adicionar lógica de questão](#) | [Mover](#) | [Copiar](#) | [Excluir](#)

2. Tempo de Formação

- mês(es) a 1 ano
- 1 a 5 anos
- 5 a 10 anos
- acima de 10 anos

[+ Adicionar questão](#) | [Dividir página aqui](#)

Q3 [Editar questão](#) | [Adicionar lógica de questão](#) | [Mover](#) | [Copiar](#) | [Excluir](#)

3. Trabalho na Emergência:

- por opção
- único local disponível
- está em sistema de rodizio
- está em período probatório
- outro?

Per gentileza especifique

[+ Adicionar questão](#) | [Dividir página aqui](#)

Q4 [Editar questão](#) | [Mover](#) | [Copiar](#) | [Excluir](#)

4. Idade:

[+ Adicionar questão](#) | [Dividir página aqui](#)

Q5 [Editar questão](#) | [Mover](#) | [Copiar](#) | [Excluir](#)

5. Por gentileza, selecione a Cidade que você trabalha

Cidade