



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**  
**BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**JULIANA DAMASCENO SILVA**

**ANÁLISE DOS INCIDENTES RELACIONADOS À SEGURANÇA DO  
PACIENTE NOTIFICADOS EM UM HOSPITAL PÚBLICO DA CIDADE DE  
FORTALEZA-CE**

**FORTALEZA**

**2023**

JULIANA DAMASCENO SILVA

ANÁLISE DOS INCIDENTES RELACIONADOS À SEGURANÇA DO PACIENTE  
NOTIFICADOS EM UM HOSPITAL PÚBLICO DA CIDADE DE FORTALEZA-CE

Monografia apresentada ao curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito à obtenção do título de bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Samia Jardelle  
Costa de Freitas Maniva

FORTALEZA

2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Sistema de Bibliotecas

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

- S58a Silva, Juliana Damasceno.  
Análise dos incidentes relacionados à segurança do paciente notificados em um hospital público da cidade de Fortaleza-ce / Juliana Damasceno Silva. – 2023.  
53 f. : il.
- Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará, , Fortaleza, 2023.  
Orientação: Profa. Dra. Sâmia Jardelle Costa de Freitas Maniva.
1. Segurança do Paciente. 2. Dano ao paciente. 3. Cuidados de Enfermagem. 4. Erros médicos. 5. Notificação. I. Título.

CDD

---

ANÁLISE DOS INCIDENTES RELACIONADOS À SEGURANÇA DO PACIENTE  
NOTIFICADOS EM UM HOSPITAL PÚBLICO DA CIDADE DE FORTALEZA-CE

Monografia apresentada ao curso de  
Graduação em Enfermagem da  
Faculdade de Farmácia, Odontologia e  
Enfermagem da Universidade Federal  
do Ceará, como requisito à obtenção do  
título de bacharel em Enfermagem.

Aprovada em: 30/06/2023.

BANCA EXAMINADORA

---

Profa. Dra. Samia Jardelle Costa de Freitas Maniva (Orientador)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Profa. Dra. Roberta Meneses Oliveira  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Profa. Me. Érika da Silva Bandeira  
Centro Universitário Christus(UNICHRISTUS)

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por me dar forças e coragem para prosseguir esse caminho de pedras até chegarao caminho de flores.

À minha família, em especial minha mãe Edneide, que jamais mediu esforços para que essa etapada minha vida fosse finalizada.

Ao meu filho Davi, que me faz lutar todos os dias por um futuro melhor para nós dois.

Às minhas amigas Isabelle, Gleyciane e Renata, que tornaram toda essa caminhada muito mais leve, divertida e especial.

À minha orientadora Profa. Dra. Samia Jardelle Costa de Freitas Maniva, que me acolheu e me orientou com paciência e maestria mesmo por um caminho ainda incerto.

A todos que participaram, direta ou indiretamente do desenvolvimento deste trabalho de pesquisa, em especial ao meu amigo Alexandre, que em meio a dura caminhada me guiou pelo caminho certo.

Aos membros da banca examinadora, Profa. Dra. Roberta Meneses Oliveira e Profa. Me. Érika da Silva Bandeira pela disponibilidade em participar da revisão deste trabalho e por todas as sugestões de melhorias apresentadas.

Ao Núcleo de Ensino, Pesquisa e Extensão em Gestão e Cuidado em Saúde (NUGESC),pela oportunidade e acolhida.

Ao Hospital Dr. Carlos Aberto Studart Gomes (Hospital do Coração de Messejana),em especial ao Núcleo de Segurança do Paciente e Escritório da Qualidade pelos dados fornecidose pelas contribuições no meu processo de aprendizado.

## RESUMO

Os serviços de saúde têm se dedicado a proporcionar melhorias na qualidade da assistência ao paciente, principalmente aqueles internados em unidades hospitalares. Porém, as equipes de saúde estão constantemente suscetíveis a erros durante suas atividades. Dessa forma, os erros durante a assistência à saúde podem ter como consequência um incidente decorrente da execução inadequada de uma ação planejada. Objetivou-se analisar os incidentes relacionados com a segurança do paciente notificados pelos profissionais de saúde de um hospital público, com base na Taxonomia da Segurança do Paciente. Pesquisa descritiva, de caráter documental, abordagem quantitativa e com delineamento retrospectivo, desenvolvida durante os meses de março a junho de 2023, a partir do sistema interno de notificação de incidentes do Núcleo de Segurança do Paciente. Foram analisadas 911 notificações referente ao período de janeiro a dezembro de 2022. Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão foram selecionadas 596 notificações para composição da amostra. O instrumento de coleta de dados adotado foi um Checklist, elaborado pela pesquisadora, com base na literatura atualizada e na taxonomia da segurança do paciente. Os dados coletados foram organizados em planilhas eletrônicas do Microsoft Excel®. Estes foram analisados com base em estatística descritiva, e apresentados em frequências absolutas e relativas, na forma de tabelas e gráficos. A presente pesquisa faz parte de um estudo de métodos mistos multifásico que foi aprovado pelo comitê de ética. Como resultados, predominaram os incidentes que ocorreram com pacientes do sexo masculino e com idade maior que 51 anos. A maioria dos incidentes ocorreu em procedimentos relacionados ao tratamento (97,7%) e durante a prestação de cuidados (85,10%). O setor com maior número de incidentes foi a emergência (35,80%), seguido pela clínica médica (34,2%). O dia da semana com maior número de incidentes foi a sexta-feira (18,1%). O turno do dia em que mais ocorreram incidentes foi o noturno (37,4%). Os profissionais que mais notificaram foram enfermeiros (94,50%). O tipo de incidente mais notificado foram os EA (69,5%). Em relação aos danos, os leves foram prevalentes com 47,4%. Com relação às características dos incidentes, verificou-se que falha durante a assistência (61%) e lesão por pressão (55,8%) foram os mais notificados. No que se refere aos fatores contribuintes, os principais foram relacionados ao desempenho (56,6%), ao paciente (50,8%) e ao ambiente (48,6%). Quanto à identificação dos incidentes, 95,8% foram detectados por meio de avaliação proativa de riscos e que 99,7% destes, foram identificados por profissionais de saúde. Verificou-se que dados relacionados com as consequências organizacionais dos incidentes não foram informados nas notificações (94,5%). Da mesma forma, os fatores atenuantes do dano (97,3%) e as ações de

melhoria (90,8%) não foram citadas nas notificações. O estudo possibilitou identificar os incidentes relacionados com a segurança do paciente possibilitando identificar as fragilidades para que os gestores possam instituir praticas cotidianas de educação permanentes afim de garantir o desenvolvimento de uma assistência com qualidade e segurança.

**Palavras-chave:** Segurança do Paciente; Cuidados de Enfermagem; Erros médicos; Notificação; Dano ao paciente.

## ABSTRACT

Health services have been dedicated to providing improvements in the quality of patient care, especially those admitted to hospital units. However, health teams are constantly susceptible to errors during their activities. In this way, errors during health care can result in an incident resulting from the inadequate execution of a planned action. The objective was to analyze incidents related to patient safety reported by health professionals in a public hospital, based on the Taxonomy of Patient Safety. Descriptive, documentary research, with a quantitative approach and with a retrospective design, developed from March to June 2023, based on the internal incident notification system of the Patient Safety Center. 911 notifications referring to the period from January to December 2022 were analyzed. After applying the inclusion and exclusion criteria, 596 notifications were selected for sample composition. The adopted data collection instrument was a Checklist, prepared by the researcher, based on the updated literature and on the taxonomy of patient safety. The collected data were organized in Microsoft Excel® spreadsheets. These were analyzed based on descriptive statistics, and presented in absolute and relative frequencies, in the form of tables and graphs. The present research is part of a multiphase mixed methods study that was approved by the ethics committee. As a result, incidents that occurred with male patients and aged over 51 years predominated. Most incidents occurred in treatment-related procedures (97.7%) and during care delivery (85.10%). The sector with the highest number of incidents was the emergency (35.80%), followed by the medical clinic (34.2%). The day of the week with the highest number of incidents was Friday (18.1%). The day shift in which the most incidents occurred was the night shift (37.4%). The professionals who reported the most were nurses (94.50%). The most reported type of incident was AE (69.5%). Regarding damage, mild damage was prevalent with 47.4%. With regard to the characteristics of the incidents, it was found that failure during assistance (61%) and pressure injury (55.8%) were the most reported. With regard to contributing factors, the main ones were related to performance (56.6%), the patient (50.8%) and the environment (48.6%). As for the identification of incidents, 95.8% were detected through proactive risk assessment and that 99.7% of these were identified by health professionals. It was found that data related to the organizational consequences of the incidents were not reported in the notifications (94.5%). Likewise, mitigating factors for damage (97.3%) and improvement actions (90.8%) were not mentioned in the notifications. The study made it possible to identify incidents related to patient safety, making it possible to identify weaknesses so that managers can institute daily practices of permanent education in order to guarantee the development of quality and safe care.



**Keywords:** Patient Safety; Nursing care; Medical errors; Notification; Harm to the patient

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1 - Estrutura conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Paciente.....19
- Quadro 1 - Definição dos conceitos da Classificação Internacional sobre Segurança do Paciente com base em Runciman (2009).....19
- Tabela 1 - Distribuição dos incidentes relacionados com a segurança do paciente segundo idade, sexo, tipo de procedimento, fase da assistência, unidade de ocorrência, dia, turno e profissional que realizou a notificação.....22
- Tabela 2 - Distribuição dos incidentes relacionados com a segurança do paciente segundo tipo de incidente, tipo de danos e características relacionadas ao incidente.....24
- Tabela 3 - Distribuição do número de incidentes relacionados com a segurança do paciente, segundo consequências organizacionais, como o incidente foi detectado, quem detectou, fatores atenuantes e ações de melhorias realizadas frente ao incidente.....26

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVO .....</b>	<b>12</b>
2.1	OBJETIVO GERAL.....	16
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	16
<b>3</b>	<b>MÉTODO.....</b>	<b>17</b>
3.1	TIPO DE ESTUDO.....	17
3.2	LOCAL E PERÍODO.....	17
3.3	DOCUMENTOS .....	17
3.4	INSTRUMENTO E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	18
3.5	ORGANIZAÇÃO, APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	18
3.6	ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS.....	21
<b>4</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>22</b>
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>29</b>
<b>6</b>	<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>34</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>36</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>40</b>
	APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	41
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>49</b>
	ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	50

## 1 INTRODUÇÃO

Atualmente, os serviços de saúde têm se dedicado a proporcionar melhorias na qualidade da assistência ao paciente, principalmente aqueles internados em unidades hospitalares. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), milhares de pacientes sofrem danos ou morrem por causa da assistência inadequada prestada nos serviços de saúde. Como consequência, esses atos causam sequelas que possivelmente irão acompanhar essas pessoas por toda a vida (JESUS et al., 2019).

As equipes de saúde estão constantemente suscetíveis a erros durante as atividades assistenciais. Segundo Armitage (2009), um ponto relevante do erro é aceitar sua inevitabilidade e sua causa multifatorial. Dessa forma, os erros durante a assistência à saúde podem ter como consequência um incidente decorrente da execução inadequada de uma ação planejada (REASON, 2000).

Segundo o Sistema de Classificação Internacional de Segurança do Paciente (ICPS), incidente é definido como um evento que pode ou não causar dano ao paciente decorrente da assistência em saúde. Pode ser classificado como uma circunstância notificável (situação com potencial significativo para causar dano, mas não ocorreu incidente), near miss (incidente que não alcançou o paciente), incidente sem dano (evento ocorreu, mas não causou dano) e incidente com dano (evento adverso) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009; BRASIL, 2017).

O incidente decorre de situações que não têm ligação com o quadro de saúde atual do paciente, mas sim com um erro no processo do cuidado que pode acarretar danos evitáveis ao paciente. Dessa forma, quando o incidente é seguido de um dano, seja leve, moderado, grave ou óbito, é considerado como um Evento Adverso (EA) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009; BRASIL, 2017).

Sabe-se que o EA traz consigo repercussões negativas para o paciente, como maior tempo de internação, afastamento das atividades de trabalho e vida diária, problemas financeiros e sofrimento psicológico. Ademais, acarreta prejuízos financeiros e/ou estruturais ao sistema de saúde, como aumento dos gastos com materiais e demanda de profissionais especializados (CAMPOS, 2022).

Considerando que o cuidado prestado ao ser humano é complexo, cabe aos profissionais de saúde possuírem competências, habilidades e conhecimento técnico-científico para prestar uma assistência de qualidade e segura aos pacientes. Apesar disso, errar faz parte da natureza humana e um desequilíbrio na relação dos fatores existentes nas unidades de saúde,

podem acarretar agravos que levam a prejuízos de forma direta ou indireta à prestação de serviço e ao paciente, mesmo com preparação e cautela adotada pela equipe (JESUS et al., 2019).

Cabe ressaltar que em 1999, foi publicado um relatório intitulado “Errar é humano”, que se tornou um marco na Segurança do Paciente. A partir disso, medidas para reduzir os erros relacionados à assistência foram estabelecidas com o objetivo de melhoras práticas e a cultura de segurança (ULRICH; KEAR, 2014).

Nos últimos anos, várias pesquisas voltadas à área da segurança do paciente vêm sendo desenvolvidas para identificar a causa raiz das falhas na assistência à saúde. Contudo, vale ressaltar que, desde 1854, Florence Nightingale buscou implementar boas práticas na assistência, visando reduzir a mortalidade dos soldados na Guerra na Crimeia ( FEE; GAROFALO, 2010).

Somado a isso, uma década antes, o obstetra Philipp Semmelweis percebeu diferenças significativas na mortalidade pós-parto de mulheres que realizaram o parto com parteiras e parto que eram feitos por médicos depois de realizarem autópsia em cadáveres. A partir disso, a higienização das mãos foi preconizada antes da realização dos partos e as taxas de mortalidade pós-parto foram reduzidas (BEST, 2004).

Ademais, um estudo americano feito em 1960, com 1.014 pacientes internados em três enfermarias, constatou 240 eventos adversos em 198 pacientes. Ou seja, aproximadamente 20% dos pacientes sofreram algum evento adverso durante sua passagem pelo hospital (ZAMBON, 2014).

Outro estudo, considerado um dos mais relevantes sobre danos causados na assistência, produzido em 1980, revisou 30.121 prontuários de 51 hospitais da cidade de Nova York, verificou que os eventos adversos ocorreram em 3,7% das hospitalizações, e 27,6% destes eventos adversos, nos idosos, ocorreram devido à negligência. Além disso, foram analisados os tipos de eventos adversos, sendo o tipo mais comum, as complicações medicamentosas (19%), seguido por infecções de ferida (14%) e complicações técnicas (13%) (BRENNAN et al., 1991)

Atualmente, estimativas evidenciaram as ocorrências de eventos adversos na América Latina em aproximadamente 10,5%, sendo que 28% resultaram em incapacidade e 6%, em óbito. Consideram-se 60% dos eventos como evitáveis (GADELHA et al., 2018). No Brasil, um estudo realizado com 138 prontuários, identificou 152 eventos adversos. A taxa de eventos por paciente foi de 6,7%. Os principais eventos adversos identificados foram: erros de medicação (29,6%), lesão por pressão (21%), extubação não planejada (17%), infecções

associadas aos cuidados de saúde (15,1%) e perda de sonda (9,9%) (SOUZA; ALVES; ALENCAR, 2018).

Nesse cenário, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) foi instituído no Brasil, em 2013, com o objetivo de prevenir e reduzir a incidência dos eventos adversos relacionados à assistência à saúde, adotando medidas preventivas. O PNSP é composto por quatro eixos: o estímulo a uma prática assistencial segura, o envolvimento da sociedade na respectiva segurança, a inclusão do tema no ensino, e o incremento de pesquisas sobre o tema (BRASIL, 2017).

Além disso, o PNSP conta com Seis Metas que visam melhorar a qualidade do cuidado que são: identificar corretamente o paciente; melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde; melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos; assegurar a cirurgia em local de intervenção, procedimento e pacientes corretos; higienizar as mãos para evitar infecções; e reduzir o risco de quedas e lesão por pressão. Essas metas visam fortalecer a cultura de segurança e garantir boas práticas de funcionamento dos serviços de saúde, além de fomentar a melhoria dos processos assistenciais (BRASIL, 2017).

Ademais, até 2025 foi estabelecido dentro do PNSP, ações de combate à incidência de infecções relacionadas à assistência à saúde e de resistência microbiana em serviços de saúde, por meio da instalação de práticas de prevenção e controle de infecções baseadas em evidências (ANVISA, 2021).

Ligado a isso, a Anvisa publicou a RDC nº 36, em 22 de julho de 2013, tornando obrigatório os Núcleos de Segurança do Paciente nas instituições de saúde. Com propósito de promover iniciativas voltadas à segurança do paciente, o NSP é a instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente, consistindo em um componente importantíssimo na busca pela qualidade das atividades desenvolvidas nos serviços de saúde. Tem como principal função a integração das diferentes instâncias que trabalham com riscos na instituição, considerando o paciente como sujeito e objeto final do cuidado em saúde. (BRASIL, 2016)

Outrossim, uma importante atribuição do NSP é a notificação de Eventos Adversos (EA) relacionados à assistência à saúde ao Sistema de Notificações de Vigilância Sanitária (SNVS). Esse registro deve ser realizado no NOTIVISA, que interliga o SNVS e as informações geradas pelos NSP e tem por objetivo o registro e processamento de dados sobre EA e queixas técnicas em todo o território nacional. A notificação desses EA é realizada pelo preenchimento de formulários de notificação, os quais deverão ser acessados e corretamente preenchidos pelo NSP. (BRASIL, 2013)

Atendendo a demanda inadiável de práticas seguras, com o objetivo de diminuir incidentes no ambiente hospitalar, ações de promoção à saúde devem ser incentivadas desde os gestores das unidades, aos profissionais e acompanhantes, potencializando o cuidado integral do paciente e ampliando o conhecimento de maneira verticalizada. (BRASIL, 2017). Somado a isso, é necessário investir na capacitação dos profissionais, registro completo de condutas no prontuário, cumprimento correto de protocolos e dimensionamento adequado das unidades, para que a assistência à saúde ocorra de maneira segura (SOUSA et al., 2021).

Nesse direcionamento, é de grande relevância compreender o cenário das instituições de saúde frente aos incidentes, considerando os fatores contribuintes, o dano associado e as ações de melhoria implementadas pelos profissionais a fim de garantir assistência de qualidade. Para tanto, formulou-se a seguinte questão de pesquisa: Quais são os incidentes relacionados à segurança do paciente notificados em um hospital público, fatores contribuintes, consequências organizacionais e ações de melhorias, com base na taxonomia da segurança do paciente ?

Acredita-se que essa pesquisa possa fornecer subsídios teóricos como análise aprofundada dos EA e sua ocorrência nas unidades de saúde, pois além de identificar os incidentes relacionados a segurança do paciente, aborda aspectos voltados para as características dos incidentes no que diz respeito à detecção do incidente e suas consequências para a organização, bem como analisa o sistema de resiliência do incidente (fatores atenuantes e as ações de melhoria do dano ao paciente) a partir das notificações encaminhadas ao Núcleo de Segurança do Paciente, visando contribuir com a melhoria da qualidade da assistência em saúde.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar incidentes relacionados á segurança do paciente notificados pelos profissionais de saúde de um hospital público, com base na Taxonomia da Segurança do Paciente e normas técnicas do Ministério da Saúde.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os tipos de incidentes notificados pelos profissionais das unidades de internação;
- Identificar os fatores contribuintes para a ocorrência dos incidentes, considerando aspectos humanos, organizacionais e relacionados ao paciente;
- Verificar as características do cuidado e fase da assistência relacionados aos incidentes;
- Identificar quais as consequências dos incidentes para os pacientes e a instituição;
- Investigar as ações de melhoria ou de redução do risco implementadas pela equipe das unidades investigadas.



### 3 MÉTODO

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo trata-se de uma pesquisa descritiva, de caráter documental, abordagem quantitativa e com delineamento retrospectivo, a qual é um recorte que faz parte de um projeto de pesquisa intitulado: “Diagnóstico, planejamento e intervenção nos processos organizacionais para a gestão do cuidado, qualidade e segurança do paciente no contexto hospitalar: projeto multifásico de métodos mistos”.

A pesquisa descritiva baseia-se na premissa de que os problemas podem ser resolvidos e as práticas melhoradas por meio da identificação, registro e análise das características ou variáveis que se relacionam com o fenômeno identificado. Dessa forma, esse tipo de pesquisa pode propiciar novas visões sobre uma realidade já conhecida, podendo ainda elaborar perfis e cenários de modificações (MOREIRA; CALEFFE, 2008; BARROS e LEHFELD, 1990).

A pesquisa documental, tem seus dados obtidos exclusivamente dos documentos com os objetivos de extrair informações neles contidas com finalidade de compreender um fenômeno (MOREIRA et al).

#### 3.2. LOCAL E PERÍODO

O estudo foi desenvolvido durante os meses de março a junho de 2023, a partir do sistema interno de notificação de incidentes do Núcleo de Segurança do Paciente de um hospital de nível terciário vinculado à secretaria Estadual de Saúde do Ceará, considerado referência nacional no atendimento a pessoas com distúrbios cardiopulmonares, realiza procedimentos de alta complexidade, como transplante cardíaco, além de atendimento clínico.

#### 3.3 DOCUMENTOS

O estudo foi composto por 911 notificações referente ao período de janeiro a dezembro de 2022, constituindo o conjunto de todos os formulários de notificação de incidentes do sistema interno de notificações do Núcleo de Segurança do Paciente, seguindo

os critérios exigidos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Como o estudo contemplou todas as notificações de incidentes do ano de 2022, foram identificadas as seguintes unidades a partir da caracterização dos casos: Clínica médica, cirúrgica, Unidade de Terapia Intensiva (UTI), emergência, hemodinâmica, hemodiálise, ambulatório, laboratório e farmácia.

O critério de inclusão adotado foi: os formulários preenchidos de forma completa com todas as informações requeridas na notificação. O critério de exclusão utilizado foi: casos notificados que possuíssem dados incompletos no seu registro que tornasse inviável a coleta dos dados. Após aplicação dos critérios, foram selecionadas 596 notificações para composição da amostra.

### 3.4 INSTRUMENTO E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

O instrumento de coleta de dados adotado foi um *Checklist* (Apêndice A), elaborado de acordo com a literatura atualizada e a taxonomia da segurança do paciente (RUNCIMAN et al., 2009; ANVISA, 2019).

O *Checklist* foi utilizado para a identificação e a análise dos registros de incidentes relacionados à segurança do paciente notificados no sistema interno do Núcleo de Segurança do Paciente, e foi constituído pelas seguintes informações: faixa etária, sexo, tipo de procedimento, fase da assistência, dia, turno e unidade que ocorreu o incidente, profissional que notificou, características do incidente, tipo de dano, relato da ocorrência, profissionais envolvidos, fatores contribuintes, consequências organizacionais, responsável por detectar o incidente, fatores atenuantes e ações de melhoria realizadas. Criou-se um banco de dados com as variáveis do check list que foi preenchido após análise da planilha disponibilizada pelo NSP.

### 3.4 ORGANIZAÇÃO, APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram organizados em planilhas eletrônicas do Microsoft Excel<sup>®</sup>, versão 2007, formando um banco de dados. Estes foram analisados com base em estatística descritiva, e apresentados em frequências absolutas e relativas, na forma de tabelas e quadros.

Os incidentes levantados foram analisados com base na Taxonomia da Segurança do Paciente, de acordo com a estrutura conceitual da Classificação

Internacional sobre Segurança do Paciente, tem como conceitos básicos as definições elencadas no quadro 1.

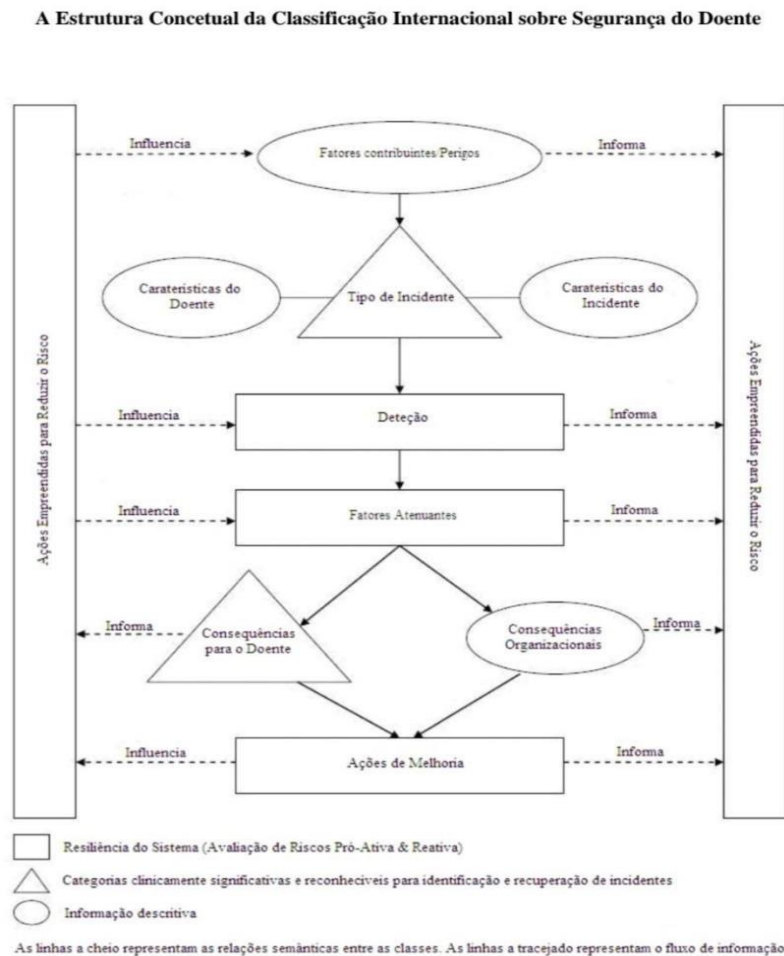
Quadro 1. Definição dos conceitos da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente (RUNCIMAN et al., 2009).

CONCEITO	DEFINIÇÃO
<b>Erro</b>	Falha na execução de uma ação planejada de acordo com o desejado ou o desenvolvimento incorreto de um plano.
<b>Incidente</b>	Ação ou circunstância que poderia ter resultado ou que resultou em dano desnecessário ao paciente.
<b>Dano</b>	Prejuízo na estrutura ou funções do corpo e/ou qualquer efeito pernicioso daí resultante, incluindo doença, lesão, sofrimento, incapacidade ou morte, e pode ser físico, social ou psicológico.
<b>Grau de danos</b>	<p>Gravidade e duração de qualquer dano, e as implicações no tratamento, resultantes de um incidente. O grau de dano pode ser classificado em:</p> <p>a) <b>Nenhum</b> - A consequência no doente é assintomática ou sem sintomas detectados e não necessita tratamento.</p> <p>b) <b>Leve</b> - A consequência no doente é sintomática, com sintomas ligeiros, perda de funções ou danos mínimos ou intermédios de curta duração, sem intervenção ou com uma intervenção mínima requerida (por exemplo: observação extra, inquérito, análise ou pequeno tratamento).</p> <p>c) <b>Moderado</b> - A consequência no doente é sintomática, requerendo intervenção (por exemplo: procedimento suplementar, terapêutica adicional) um aumento na estadia, ou causou danos permanentes ou a longo prazo, ou perda de funções.</p> <p>d) <b>Grave</b> - A consequência no doente é sintomática, requerendo intervenção para salvar a vida ou grande intervenção médico/cirúrgica, encurta a esperança de vida ou causa grandes danos permanentes ou a longo prazo, ou perda de funções.</p> <p>e) <b>Morte</b> - No balanço das probabilidades, a morte foi causada ou antecipada.</p>

<b>Fator Contribuinte</b>	Circunstância, ação ou influência (tais como escalas ou distribuição deficiente de tarefas) que se pensa ter desempenhado um papel na origem ou desenvolvimento de um incidente, ou aumentar o risco de acontecer um incidente. Os fatores contribuintes podem ser externos, organizacionais, relacionados com os profissionais ou relacionados com os doentes.
<b>Ações de melhoria</b>	Medidas tomadas para melhorar qualquer dano após um incidente.
<b>Fatores de atenuação</b>	Minimiza a chance do incidente causar dano.

Fonte: RUNCIMAN et al., 2009.

Figura 1 - Estrutura conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Paciente. Fortaleza-CE, 2023.



Fonte: BRASIL, 2011.

### 3.6. ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

O estudo respeitou o princípios da Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que dispõe sobre as pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012), assim como os princípios éticos em pesquisa (POLIT; BECK, 2019). A presente pesquisa faz parte de um estudo de métodos mistos multifásicos que foi aprovado de CEP da instituição (parecer nº 5.466.795/2022) (ANEXO A).

Essa pesquisa tem como benefícios contribuir com a melhoria na qualidade da assistência prestada no hospital onde ocorreu o estudo, no que se refere aos incidentes relacionados com a Segurança do Paciente, favorecendo a análise situacional e intervenções institucionais que promoverão a cultura de segurança do paciente ea melhoria dos processos assistenciais.

## 4 RESULTADOS

A pesquisa contou com 596 notificações de incidentes relacionados com a segurança do paciente. Predominaram os incidentes em pacientes do sexo masculino e com idade maior que 51 anos. A maioria dos incidentes ocorreu em procedimentos relacionados ao tratamento (97,7%) e durante a prestação de cuidados (85,10%). O setor com maior número de incidentes foi a emergência (35,80%), seguido pela clínica médica (34,2%). O dia da semana com maior número de incidentes foi a sexta-feira (18,1%). O turno do dia em que mais ocorreram incidentes foi o noturno (37,4%). Os profissionais que notificaram os incidentes foram, na grande maioria, enfermeiros (94,50%). (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição do número de incidentes relacionados com a segurança do paciente segundo idade do paciente, sexo, tipo de procedimento, fase da assistência, unidade de ocorrência, dia, turno e profissional que realizou a notificação. Fortaleza-CE, 2023. (n=596)

Variáveis	<i>n</i>	%
<b>Idade (anos)</b>		
0 a 2	46	79,4
3 a 19	7	11,7
20 a 50	70	7,7
Acima de 51	474	1,2
<b>Sexo</b>		
Masculino	322	53,9
Feminino	275	46,1
<b>Tipo de procedimento</b>		
Tratamento	583	97,7

Diagnóstico	13	2,2
Reabilitação	1	0,2
<b>Fase da assistência</b>		
Durante a prestação de cuidados	508	85,1
Transferência para outra unidade	77	12,9
Admissão	11	1,8
Consulta	1	0,2
<b>Unidade de ocorrência</b>		
Emergência	214	35,8
Clínica médica	204	34,2
Unidade De Terapia Intensiva	116	19,4
Hemodinâmica	46	7,7
Clínica cirúrgica	13	2,2
Farmácia	3	0,5
Hemodiálise	1	0,2
<b>Dia da semana do incidente</b>		
Durante a semana	460	77,0
Final de semana	137	23,0
<b>Turno do incidente</b>		
Noite	233	37,4
Tarde	211	35,3

Manhã	163	27,3
<b>Profissional que notificou</b>		
Enfermeiro	564	94,5
Médico	14	2,3
Técnico Em Enfermagem	7	1,2
Nutricionista	6	1,0
Fisioterapeuta	5	0,8
Farmacêutico	1	0,2

Tabela 2 - Distribuição do número de incidentes relacionados com a segurança do paciente segundo tipo de incidente, tipo de danos e características relacionadas ao incidente. Fortaleza-CE. 2023.

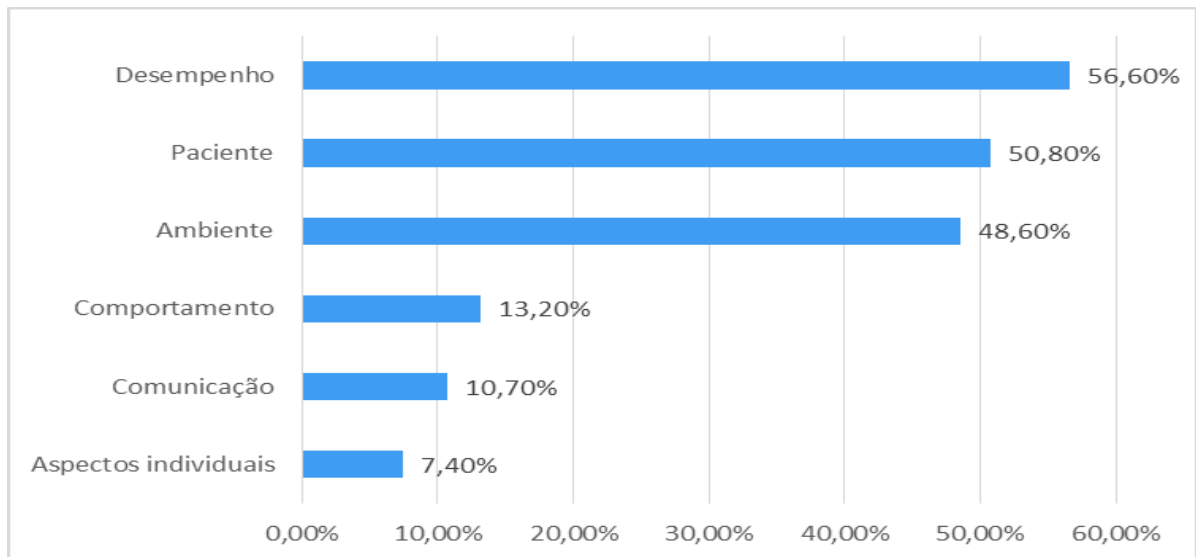
Variáveis	<i>n</i>	%
<b>Tipo de incidente</b>		
Evento Adverso	416	69,5
Circunstância notificável	135	22,6
Incidente sem dano	35	5,9
Near Miss	5	0,8
<b>Grau do Dano</b>		
Sem dano	169	28,3
Dano leve	283	47,4



Dano moderado	133	22,3
Dano grave	10	1,7
Óbito	2	0,3
<b>Características relacionadas ao incidente</b>		
Falha durante a assistência	364	61,0
Lesão por pressão	333	55,8
Quedas	74	12,4
Falha envolvendo cateter venoso	43	7,2
Falha na prescrição	29	4,9
Falha nas atividades administrativas	21	3,5
Falha na identificação dos pacientes	19	3,2
Falha na administração de medicamentos	19	3,2
Falha envolvendo sondas	14	2,3
Falha na administração de dietas	10	1,7
Falha durante o procedimento cirúrgico	9	1,5
Extubação acidental	5	0,8
Falha na administração de oxigênio	2	0,3
Queimadura	2	0,3
Broncoaspiração	2	0,3
Tromboembolismo	1	0,1
Evasão do paciente	1	0,1

A tabela 2 apresenta a distribuição do tipo de incidente mais notificado foi o evento adverso (69,5%). Os danos leves foram prevalentes entre os tipos de danos decorrentes dos eventos adversos com 47,4%. Com relação às características dos incidentes, verificou-se que falha durante a assistência (61%) e lesão por pressão (55,8%) foram os mais notificados. É possível observar que a maioria dos casos ocorreu em pacientes acima de 51 anos, e, em contrapartida, a faixa etária de 3 a 19 anos foi a categoria com menor quantidade de incidentes notificados. Quanto à variável sexo, os incidentes predominaram sobre o masculino.

Gráfico 1 - Distribuição dos fatores contribuintes para ocorrência de incidentes relacionados com a segurança do paciente. Fortaleza-CE, 2023.



Fonte: Dados da pesquisa, 2023

O gráfico 1 apresenta os principais fatores que contribuíram para a ocorrência dos incidentes nas unidades do hospital, entre os quais pode-se destacar: fatores relacionados ao desempenho (56,6%), ao paciente (50,8%), ao ambiente (48,6%), e relacionados ao comportamento (13,2%).

Tabela 3- Distribuição do número de incidentes relacionados com a segurança do paciente, segundo consequências organizacionais, como o incidente foi detectado, quem detectou,

fatores atenuantes e ações de melhorias realizadas frente ao incidente. Fortaleza-CE, 2023.

<b>Variáveis</b>	<b><i>n</i></b>	<b>%</b>
<b>Quem detectou o incidente</b>		
Profissional da saúde	595	99,7
Próprio paciente	4	0,7
familiar/cuidador	1	0,2
Visitante	1	0,2
<b>Como foi detectado o incidente</b>		
Avaliação proativa de riscos	572	95,8
Contagem/auditoria/revisão	9	1,5
Reconhecimento do erro	9	1,5
Alteração do estado do paciente	7	1,2
<b>Consequências organizacionais dos incidentes</b>		
Não informado	564	94,5
Aumento dos recursos necessários ao paciente	31	5,2
Reclamação formal	1	0,2
Reputação manchada	1	0,2
<b>Fatores atenuantes do dano</b>		
Não informado	581	97,3
Dirigidos ao profissional	11	1,8
Dirigido ao paciente	5	0,8

**Ações de melhoria**

Não informado	542	90,8
Relacionadas ao paciente	42	7,0
Ações para reduzir o dano	8	1,3
Relacionadas ao profissional	5	0,8

Fonte: Dados da pesquisa, 2023

A tabela 3 expõe que 95,8% dos incidentes foram detectados por meio de avaliação proativa de riscos e que 99,7% destes foram identificados por profissionais de saúde. Verificouse que dados relacionados com as consequências organizacionais dos incidentes não foram informados nas notificações (94,5%). Da mesma forma, fatores atenuantes do dano e ações de melhoria não foram citadas nas notificações, (97,3% e 90,8%, respectivamente).

## 5 DISCUSSÃO

Os dados do presente estudo evidenciaram que os incidentes relacionados om a segurança do paciente nesta unidade hospitalar ocorreram com maior frequência em pacientesdo sexo masculino e com idade maior que 51 anos. Estudo realizado por Villar, Martins e Rabello (2021), que buscou descrever os incidentes em serviços de saúde, notificados pelo Sistema de Notificação de Vigilância Sanitária, mostrou que a maioria das notificações envolvia pacientes idosos do sexo feminino, achado que difere da pesquisa atual. Outro estudo que analisou eventos adversos em 155 pacientes também identificou maior prevalênciaem idosos (LANZONI et al., 2019).

A ocorrência de incidentes relacionados com a segurança do paciente em pessoas acima de 51 anos aumentam as razões de chance para um EA, principalmente quando há fatores relacionados ao próprio paciente que podem contribuir para a ocorrência do EA. Além disso, fatores como maior número de comorbidades, tempo maior de permanência nas unidades hospitalares e uso de muitos medicamentos, contribuem para ocorrência dos incidentes. (COSTA et al., 2017).

Com relação à unidade onde ocorreu o incidente, o setor com maior número de incidentes foi a emergência, a clínica médica e a UTI. Sousa et al (2021) esclarece que, segundo dados do NOTIVISA, de 2015 a 2019, o ambiente hospitalar foi o local com maior número de notificações. Um estudo aponta que 52,4% dos incidentes ocorreram em unidadesde internação e 28,8% em UTI (ANTUNES et al., 2021), corroborando com os dados do presente estudo. Outro estudo, realizado em um hospital terciário de Minas Gerais, encontroudados semelhantes ao presente estudo, com o maior número de incidentes nas unidades de internação, seguida pela unidade de urgência/emergência (LANZONI et al., 2019).

Neste estudo, o local com maior número de incidentes notificados foi a emergência. Esse fato pode ser explicado pela natureza do ambiente complexo, cujos atendimentos ocorrem de forma imediata a diversos agravos à saúde e a pacientes em risco decomplicações graves ou até risco iminente de morte. Tal situação pode resultar em sobrecargapara os profissionais e levar a tempo insuficiente para a prestação de assistência com melhores cuidados e vigilância adequada (FURINI; NUNES; DALLORA, 2019).

O estudo de Mota et al (2022) identificou o setor de internação como o de maior ocorrência de eventos adversos. Cabe ressaltar que a pesquisa foi desenvolvida no contexto das notificações de acidente relacionadas à cadeia medicamentosa de um hospital de ensino. Além disso, a elevada ocorrência de incidentes em unidades de internação deve-se, em parte, ao maior

número de leitos nessas unidades e, conseqüentemente, maior número de pacientes internados (SOUSA et al., 2021).

Souza e Vituri (2019) apontam que a UTI é um local propenso à ocorrência de incidentes devido ao fato dos pacientes serem mais vulneráveis em virtude da alta complexidade do setor. Em seu estudo nenhum incidente foi notificado na UTI, o que pode ser reflexo da cultura organizacional, levando à subnotificação ou à notificação anônima.

O turno que mais ocorreram incidentes foi o noturno, o qual é um importante fator a ser considerado na análise de incidentes envolvendo a segurança do paciente. O estudo de Antunes et al (2020) verificou que 60% dos eventos adversos ocorreram no período de 7 h a 19h. Por outro lado, estudos realizados em Santa Catarina e em Salvador apontaram que o turno matutino foi o mais prevalente na ocorrência de incidentes com 31,7% e 21,6%, respectivamente, o que diferiu dos achados deste estudo. Tal fato pode ser explicado por fatores, como maior quantidade de profissionais no período, e, conseqüentemente, maior identificação e notificação dos incidentes (LANZONI et al., 2019; SILVA et al., 2021).

Apesar disso, deve-se considerar que o período noturno é um importante fator a ser considerado na análise dos incidentes envolvendo a segurança do paciente. Nesse turno, geralmente as equipes se dividem em intervalos de descanso, o que reduz o quantitativo de pessoal para a assistência ao paciente e, conseqüentemente, pode-se ocorrer incidentes aos pacientes. Além disso, deve-se considerar a atenção dos profissionais durante a prestação de cuidados, a qual pode ser comprometida pelo cansaço e/ou nível de sono que aquele profissional apresenta nesse período.

Com relação ao profissional que notificou o incidente, a atual pesquisa corrobora diversos estudos que apontam o enfermeiro como o profissional que mais realiza as notificações (DIAS, CARREIRO, 2020; FURINI; NUNES; DALLORA, 2019)

Isto pode decorrer do fato do enfermeiro possuir maior proximidade e tempo ao lado do paciente, maior número de treinamentos relacionados à segurança do paciente e receio dos demais profissionais em realizar as notificações por medo de punição. Contudo, ressalta-se que qualquer categoria profissional pode realizar a notificação de incidentes (FURINI; NUNES; DALLORA, 2019).

O tipo de incidente mais notificado foi os eventos adversos com dano leve. Um estudo realizado em hospitais do Pará trouxe como resultados uma elevada prevalência de incidentes com danos (39%), seguido das circunstâncias notificáveis (30,6%) e posteriormente dos incidentes sem danos (27,1%). Nesse mesmo estudo, o Near Miss foi o tipo de incidente menos

notificado, com um percentual de prevalência de 3,3% do total dos casos analisados (TYLL et al., 2019).

Outro estudo realizado em um hospital de referência na Bahia, evidenciou que o evento adverso com dano grave foi o mais prevalente. Esse tipo de evento adverso causa o aumento da permanência dos pacientes no hospital, aumentando os custos associados às internações e também o impacto na mortalidade (RIBAS et al., 2019).

Uma pesquisa realizada em alguns estados brasileiros da região Sudeste apontou que 76,9% dos incidentes da região foram caracterizados como eventos adversos e com dano leve(79,5%) ao paciente. A mesma pesquisa também corrobora com os achados do presente estudo, apontando que, em sua maioria foram encontrados os eventos adversos e em sua minoria os óbitos (2,8%). Assim, é emergencial que haja a redução do número de incidentes que culminam em eventos adversos aos pacientes, mesmo que, em sua maioria, os danos sejam leves (ANTUNES; SILVA, 2021).

Os eventos adversos podem elevar o número de dias de hospitalização, causando maiores transtornos aos pacientes. Nesse sentido, é necessário que haja o reforço de qualificar ainda mais os profissionais de saúde por meio das educações permanentes em saúde, com a finalidade de atualizar a equipe e sensibilizá-los com relação à cultura de segurança do paciente, para que se lance mão de uma assistência que desempenhe suas atividades de formamais segura (MORAES; SOUZA, 2023).

Quanto aos incidentes, falhas durante a assistência e lesões por pressão (LP) foram os mais notificados. Falhas durante a assistência podem ser caracterizadas por desvios na triagem, diagnóstico incompleto, intervenção ou procedimento realizado no paciente errado e durante a assistência em geral (RESENDE et al., 2019). O estudo de Lanzoni et al (2019) apresentou dados semelhantes à presente investigação, no qual as falhas durante a assistência e as LP foram os incidentes notificados.

As LP são motivo para aumentar a permanência dos pacientes nos hospitais, pois causam dificuldade no tempo de recuperação, elevam o risco de ocorrência de outras complicações e também acrescentam ao processo de morbidade o sofrimento físico e emocional (LANZONI et. al, 2019).

A ocorrência de quedas foi o terceiro tipo de incidente mais notificado. Logo, torna-se fundamental atentar para o perfil dos pacientes, sobretudo os idosos, que estão mais expostos ao risco de cair. Nesse sentido, ações preventivas baseadas na utilização de protocolos precisam ser bem estruturados e reavaliados constantemente a fim de reduzir os casos de quedas

(ROCHA; NOVAES, 2022).

Estudo realizado por Lanzoni et al (2019) mostrou que as quedas representaram 10,5% dos incidentes. Na maioria dos casos, esses eventos não levam a um dano propriamente dito ao paciente, porém, em 15% deles pode levar a fraturas, distensões e até mesmo óbito (COSTA et. al, 2017).

Incidentes envolvendo acesso venoso foi identificado de forma menos expressiva, porém merece atenção, principalmente da equipe de enfermagem, que é responsável pelas punções venosas periféricas e pela manutenção dos cuidados com os dispositivos. Para Lanzoni et al (2019), é imprescindível que haja a preocupação para prevenir complicações relacionadas ao acesso, como realizar adequadamente a lavagem das mãos, escolher material adequado, seleção de veias apropriadas, correta antisepsia, rodízio dos locais de punção e adequada fixação.

Cabe destacar que a classificação adequada dos incidentes é uma medida necessária para o detalhamento dos casos, visando a implementação de ações baseadas em protocolos de segurança do paciente e demais ações de gestão para prevenir a recorrência dos casos, e contribuir com uma assistência com menor danos aos pacientes (ANDRADE et al., 2020).

Os dados relacionados com as consequências organizacionais, os fatores atenuantes e as ações de melhoria realizadas, na grande maioria, não foram descritas na ocorrência dos incidentes, sendo identificado como “não informado” no instrumento de coletade dados. Tal situação leva à reflexão sobre a qualidade das informações registradas nos formulários de notificação de incidentes. Pois, é de suma importância o máximo de informações possíveis para a análise aprofundada e com qualidade dos incidentes.

De acordo com Andrade et al (2019), os profissionais precisam tomar consciênciade que as notificações pouco serão úteis se estiverem indevidamente qualificada. Para tanto, é necessário desenvolver a cultura de análise e aprimoramento das informações para fundamentar planos de ação institucionais de melhoria da qualidade do cuidado implementados pelos Núcleos de Segurança do Paciente.

De modo semelhante, estudo realizado por Sousa e colaboradores (2020) com relação à incompletude do preenchimento de notificações compulsórias, considera que informação de qualidade é uma condição necessária para que seja possível analisar a situaçãode saúde e programação das ações para a melhoria das condições de saúde para a população.

Cabe também destacar que é preciso criar estratégias capazes de construir conhecimentos técnico-científicos que envolvam as questões do cotidiano dos hospitais e das instituições de saúde, de modo a articular as diretrizes e políticas com o processo de



capacitação e redução de danos (LANZNONI et al., 2019).

Em relação aos fatores contribuintes para a ocorrência do incidente, aqueles relacionados ao desempenho do profissional e ao paciente foram os mais expressivos. Segundo Lopes (2022), esse desfecho está ligado ao profissional quando há informações ilegíveis no prontuário e/ou comportamento arriscado e/ou imprudente. Já os fatores contribuintes relacionados ao paciente estão relacionados com ausência, esquecimento e comportamento negligente do mesmo.

Quanto à atuação do profissional, faz-se necessário barreiras para diminuir as chances de incidentes relacionados à assistência à saúde como legibilidade, padronização de abreviaturas, identificação do paciente e ausência de símbolos, além da adoção de um comportamento seguro de maneira contínua e sustentável. Ao considerar os fatores contribuintes do paciente, é importante a participação dos pacientes e acompanhantes na prevenção do erro, principalmente como barreira de prevenção (LOPES, 2022).

No tocante a detecção do incidente, a avaliação proativa de riscos foi o que se destacou entre as notificações. De acordo com Simionato (2020), a identificação precoce dos riscos e incidentes é essencial para que diminua a ocorrência de eventos adversos, por meios de estratégias que mudem a cultura da organização e auxiliem os profissionais na prevenção de erros, garantindo qualidade nos processos executados.

Portanto, a notificação dos incidentes é uma ferramenta indispensável, tanto para promoção como prevenção, levando a estratégias que minimizem eventos adversos e outros tipos de incidentes. Conhecer os riscos e as falhas, realizar educação permanente de forma contínua e melhorar a comunicação entre a equipe pode reduzir a possibilidade de erros, aumentando a excelência dos cuidados e prestando uma assistência de maior qualidade para os pacientes (RESENDE et al., 2019).

Diante do exposto, é necessário fortalecer o sistema interno de notificações, padronizando as fichas para que possam estar mais claras e facilite a interpretação pelo notificador e gestores que usam de seus resultados para a tomada de decisão. Além do treinamento adequado dos profissionais para que saibam notificar adequadamente, pois muitas notificações apresentaram dados incompletos ou situação que não se classificava como incidentes de segurança do paciente

Outro fator a ser considerado, é a subnotificação existente na instituição, muitas vezes estimulada pelo gestor da unidade para não associar a sua equipe à má conduta na assistência, dificultando o rastreamento dos incidentes pelo NSP.

## 6 CONCLUSÃO

A maioria dos incidentes notificados em 2022 ocorreu com pessoas acima de 51 anos, do sexo masculino, durante o tratamento de alguma condição clínica e prestação de cuidados. Os incidentes ocorreram principalmente no setor de emergência, às sextas-feiras e no período noturno. O profissional de saúde responsável pelas notificações foi, na maioria dos casos, o enfermeiro.

Além disso, a maior representatividade com relação às características dos incidentes foi os eventos adversos, com danos leves, em decorrência de falhas durante a assistência e LPP. O principal fator contribuinte para sua ocorrência foram os fatores relacionados ao desempenho da equipe de cuidados. A detecção dos incidentes ocorreu a partir da avaliação proativa de riscos, sendo os profissionais de saúde os principais responsáveis por identificar os incidentes.

É preciso também destacar a incompletude dos dados nas categorias de ações de melhoria, consequências organizacionais e fatores contribuintes para o incidente. Tal fato necessita de investigações futuras a fim de identificar os principais motivos que levam os profissionais de saúde a não preencherem as fichas de notificação por completo, e, dessa forma, tornando a descrição dos incidentes com menor qualidade. Tal fato constituiu-se numa limitação do estudo, bem como, a análise dos dados ter ocorrido num recorte temporal curto, de um ano apenas.

Além disso, é ideal que outros profissionais de saúde, além do enfermeiro, atentem-se para a identificação e notificação dos incidentes, uma vez que, nos ambientes institucionais há a necessidade do trabalho colaborativo entre a equipe de saúde, como forma de melhorar a assistência, elevar o padrão de qualidade de cuidado para o paciente e também reduzir a ocorrência dos incidentes.

Destaca-se que os Núcleos de Segurança do Paciente dos serviços hospitalares devem instituir práticas cotidianas de educação permanentes relacionadas às principais características que mais acometem suas unidades, encorajando e possibilitando que os profissionais sejam cada vez mais ativos na cultura de realização de notificação dos incidentes, levando a uma assistência de maior qualidade e com menor risco desses eventos.

Portanto, a partir do estudo foi possível analisar os incidentes relacionados com a segurança do paciente notificados pelos profissionais de saúde de um hospital público, com base na Taxonomia da Segurança do Paciente. Dessa forma, espera-se que a pesquisa possa contribuir para o desenvolvimento de mais estudos relacionados à temática, em especial, no campo epidemiológico da segurança do paciente e para a prática assistencial segura e de maior

qualidade.

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISA NO 05/2019: **Orientações gerais para a notificação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde.** Brasília: Brasil, 2013.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. ANVISA. **Orientações para preenchimento da avaliação das práticas de segurança do paciente:** 2021, Revisado. Brasília: ANVISA, 01 de outubro de 2021. Disponível em: <<https://www.gov.br/anvisa/ptbr/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/orientacoes-parapreenhimento-do-formulario-avaliacao-das-praticas-de-seguranca-do-paciente-011021.pdf>>. Acesso em 18 maio 2023.

AGENCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **GVIMS/GGTES/ANVISA NO 05:** Orientações gerais para a notificação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde. Brasília: Brasil, 2019.

ANTUNES, D. E.; SILVA, T. R. incidentes e eventos adversos em segurança do paciente: uma série temporal de 2019 a 2020. **Revista de Saúde Pública do Paraná.** v. 4, n. 3, p. 2-15, 2021. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.32811/25954482-2021v4n3p2>>. Acesso em 19 de junho de 2023.

ARMITAGE, G. Human error theory: relevance to nurse management. **Journal of Nursing Management,** v. 17, p. 193-202. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2834.2009.00970.x>> Acesso em: 10 maio. 2023.

BARROS, A. J. P.; LEHFELD, N. A. S. **Projeto de pesquisa: propostas metodológicas.** Petrópolis: Vozes, 1990.

BEST, M.; NEUHAUSER, D. Ignaz Semmelweis and the birth of infection control. **Qual Saf Health Care.** v.13, n.3, p.233-4, jun 2004. doi: 10.1136/qhc.13.3.233.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Gestão de riscos e investigação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde.** Brasília, DF: ANVISA, 2017.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde,** DF: ANVISA, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria MS/GM nº 529, de 1 de abril de 2013.** Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html)> Acesso em: 20 maio. 2023.

BRENNAN, T.A.; LEAPE, L.L.; LAIRD, N.M.; HEBERT, L.; LOCALIO, A.R.; Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. **N Engl J Med.** v.324, n.6, p.370-6, fev 1991.doi: 10.1056/NEJM199102073240604.

CAMPOS, D.M.P. **Análise da incidência e fatores de riscos do incidentes entre pacientes críticos: estudo de coorte concorrente**. 2022. 138 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2022.

COSTA, S. G. R.F.; MONTEIRO D. R.; HEMESATH M. P.; ALMEIDA M. A. Caracterização das quedas do leito sofridas por pacientes internados em um hospital universitário. **Rev Gaúcha Enferm.** v. 32, n. 4, p.676- 81.,2 2017 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rge/v32n4/v32n4a06>>.

DIAS, C. N.; CARREIRO, M. A. Perfil das notificações de incidentes em saúde em um hospital universitário. **Revista Enfermagem UERJ**, [S.l.], v. 28, p. e43213, ago. 2020. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/43213>>. Acesso em: 19 junho de 2023. doi:<https://doi.org/10.12957/reuerj.2020.43213>.

FEE, E.; GAROFALO, M.E. Florence Nightingale and the Crimean War. **Am J Public Health.** v.100, n.9, p.1591, sep 2010. doi: 10.2105/AJPH.2009.188607.

FURINI A. C. A., NUNES A. A.; DALLORA M. E. L. V. Notificação de eventos adversos: caracterização dos eventos ocorridos em um complexo hospitalar. **Rev Gaúcha Enferm.** 2019; 40(esp): e20180317. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180317>>. Acesso em 19 de junho de 2023.

GADELHA, G. O.; PAIXÃO, H. C. S.; PRADO, P. R.; VIANA, R. A. P. P.; AMARAL, T. L. M. Fatores de risco para óbito em pacientes com eventos adversos não infecciosos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, 26:e3001, 2018.

JESUS, E.R.; PRATES, R. J. P.; PRATES, R. M. P.; TEIXEIRA, J. A. L. A Segurança do Paciente em Instituições Hospitalares: Ações da Equipe de Enfermagem. **Revista Psicologia & Saberes**, Minas Gerais, v. 11, n. 8, p. 16-24, jan. 2019.

LANZONI G. M. M.; GOULARTE A. F.; KOERICH C.; REISDORFER E.; MIOTELLO M.; MEIRELLES B. H. S. Eventos adversos e incidentes sem dano em unidades de internação de um hospital especializado em cardiologia. **Rev Min Enferm.** 23:e-1184 2019. Disponível em: <[10.5935/1415-2762.20190032](https://doi.org/10.5935/1415-2762.20190032)>. Acesso em 19 de junho de 2023.

LOPES, V. S. **Segurança do Paciente: Análise de influência de preditores para o desfecho dos eventos adversos relacionados à assistência à saúde em unidade de terapia intensiva do estado da Paraíba**. 2022. 68 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2022.

MORAES, L. E.; SOUZA L. A. Estratégias de prevenção de eventos adversos relacionados a medicação em pacientes em cuidados intensivos: revisão de escopo. **Revista Saúde em Foco.** v. 1, e. 15, p. 1-12, 2023. Disponível em: <<https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2023/01/ESTRATEGIA%20DE-PREVENCAO%20DE-EVENTOS-ADVERSOS-RELACIONADOS-A-MEDICACAO%20EM-PACIENTES-EM-CUIDADOS-INTENSIVOS-REVISAO-DE-ESCOPO.pdf>>. Acesso em 19 de junho de 2023.

MOREIRA, H.; CALEFFE, L. G. **Metodologia da pesquisa para o professor pesquisador**. 2 ed. Rio de Janeiro: Lamparina, 2008. 245 p.

MOTA, R. S.; SILVA, V. A.; MENDES, A. S.; BARROS, A. S.; SANTOS, O. M. B.; SANTOS, R. S. Notificação de incidentes relacionados à cadeia medicamentosa em um hospital de ensino. **Enfermagem Brasil**, [S.L.], v. 21, n. 5, p. 543-555, 28 nov. 2022. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.33233/eb.v21i5.4577>>. Acesso em 19 de junho de 2023.

REASON, J. Human error: models and management. **Brit Med J**. 2000; (320):768- 770.  
RESENDE, A. L. C.; SILVAN, J.; RESENDE, M. A.; SANTO, S. A. A.; SOUZA, G.; SOUZA,

H. C. A importância da notificação de eventos adversos frente à segurança do paciente e à melhoria da qualidade assistencial: uma revisão bibliográfica. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 39, p. e2222, 2020. Disponível em: <<https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/2222>>. Acesso em 19 de junho de 2023.

RIBAS, M. A.; ALMEIDA, P. H. R. F.; CHAVES, G. A.; LEMOS, G. S. Eventos adversos e queixas técnicas notificados a um núcleo de segurança do paciente. **Rev. Aten. Saúde**. v.17, n. 62, p. 71-80, 2019. Disponível em: <[https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista\\_ciencias\\_saude/article/view/6184/pdf](https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/6184/pdf)>. Acesso em 19 de junho de 2023.

ROCHA, F. R. P. S.; NOVAES, C. O. Abordagens para notificação de incidentes e eventos adversos em hospitais de grande porte: revisão integrativa. **Research, Society and Development**. v. 11, n. 4, 2022. Disponível em: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/27423/24121/322032>>. Acesso em 19 de junho de 2023.

RUNCIMAN, W. **Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms**. International Journal for Quality in Health Care, v. 21, n. 1, p. 18– 26, 2009.

SIMIONATO, N. A. F. Auditoria de riscos em saúde: comparação entre cenários internacional e nacional. **Gestão & Saúde**, Brasília, v. 11, n. 02, p. 110-131, maio 2020.

SOUSA, T.J.; OLIVEIRA, D.F.; SANTOS, A.C.G.; CONCEIÇÃO, L.N; ESTRELA, F.M.; MARINHO, C.S.; DAVID, E.A.R.. Prevention measures related to adverse events in the intensive care unit. **Saúde coletiva (Barueri)**, v.11, n.65, p.5940-55, 2021. doi: <<https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i65p5940-5955>>.

SOUZA, J. F.; VITURI, D. W. Notificações de incidentes relacionados à segurança do paciente como ferramenta de gestão para a mudança da cultura organizacional. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 17, p. e237, 10 jan. 2019. Disponível em: <<https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/237>>. Acesso em 19 de junho de 2023.

SOUZA, R.F.; ALVES, A.S.; ALENCAR, I.G.M. Eventos adversos na unidade de terapia intensiva adverse events in the intensive care unit eventos adversos en la unidad de terapia

intensiva. **Rev enferm UFPE** on line., Recife, v.12, n.1, p.19-27, jan., 2018.

TYLL, M. G.; LIMA, SS. C.; CARVALHO, S. L. S.; PEIXOTO, M. S.; CUNHA, C. L.; FERREIRA, G. R. O. N. Segurança do paciente: notificação de incidentes em hospitais de referência. **Enfermagem Brasil**. v. 18, n. 6, p. 730-736, 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.33233/eb.v18i6.2834>>. Acesso em 19 de junho de 2023.

ULRICH, B.; KEAR, T. Patient safety and patient safety culture: foundations of excellent health care delivery. **Nephrology Nursing Journal**, v. 41, n. 5, p. 447, 2014.

VILLAR, V. C. F. L.; MARTINS, M.; RABELLO, E. T. Incidentes e eventos adversos de segurança do paciente notificados pelos cidadãos no Brasil: estudo descritivo, 2014-2018. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, n. 4, p. e2021005, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/0.1590/S1679-49742021000400007>> Acesso em 19 de junho de 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. A world alliance for safer health care. more than words: conceptual framework for the International classification for patient safety. version 1.1. Final Technical Report. Geneva: Switzerland, 2009.

ZAMBON, L. S. **Segurança do paciente em terapia intensiva: caracterização de eventos adversos em pacientes críticos, avaliação de sua relação com mortalidade e identificação de fatores de risco para sua ocorrência**. 2014. 246 p. Tese (Doutorado em Ciências Médicas)- Universidade de São Paulo, 2014.

## **APÊNDICES**



## APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

**CHECKLIST PARA ANÁLISE DE INCIDENTES RELACIONADOS  
COM ASEGURANÇA DO PACIENTE****Mês do documento:** \_\_\_\_\_**1. Idade do Paciente:**

1.1 0-2

anos ( )

1.2 3-19

anos ( )

1.3 20-50

anos ( )

1.4 Acima de 50 anos ( )

**2. Sexo do paciente:**

2.1 masculino ( )

2.2 feminino ( )

**3. Tipo de procedimento realizado na unidade de saúde:**

3.1 Diagnóstico. sim ( ) não ( )

3.2 Tratamento. sim ( ) não ( )

3.3 Reabilitação. sim ( ) não ( )

3.4 Prevenção. sim ( ) não ( )

3.5 Não especificado ( )

**4 Fase da assistência em que ocorreu o incidente.**

4.1 Na consulta. ( )

4.2 Na admissão. ( )

4.3 Durante a prestação de cuidados (diagnóstico, avaliação, tratamento ou intervenção cirúrgica). ( )

4.4 Na transferência para outra unidade ou para outro serviço de saúde ( )

4.5 Na alta. ( )

4.6 No acompanhamento pós-alta. ( )

**5. Unidade que ocorreu o incidente**

5.1 Clínica médica ( )

5.2 Cirúrgica ( )

5.3 Clínica-cirúrgica ( )

5.4 UTI ( )

5.5 Emergência Hemodinâmica ( )

5.6 ( ) Hemodiálise

5.7 ( ) Ambulatório

5.8 ( ) Laboratório

5.9 ( ) Farmácia

5.10 ( ) Exames

**6. Unidade que notificou o incidente**

6.1 Clínica médica ( )

6.2 Cirúrgica ( )

6.3 Clínica-cirúrgica ( )

6.4 UTI ( )

6.5 Emergência Hemodinâmica ( )

6.6 ( ) Hemodiálise

6.7 ( ) Ambulatório

6.8 ( ) Laboratório

6.9 ( ) Farmácia

6.10 ( ) Não informado

**7 Dia do incidente:**

7.1 segunda-feira ( )

7.2 terça-feira ( )

7.3 quarta-feira ( )

7.4 quinta-feira ( )

7.5 sexta-feira ( )

7.6 sábado ( )

7.7 domingo ( )

**8 Turno do incidente:**

8.1 manhã ( )

8.2 tarde ( )

8.3 noite ( )

**9. Profissional responsável pelo registro/ notificação:**

9.1 Enfermeiro ( )

9.2 Médico ( )

9.3 Fisioterapeuta ( )

9.4 Nutricionista ( )

9.5 Farmacêutico ( )

9.6 Técnico de Enfermagem ( )

**10. Característica do incidente:**

10.1 Circunstância notificável ( )

10.2 Near miss ( )

10.3 Incidente sem dano ( )

10.4 Evento adverso ( )

**11. Tipo de dano**

11.1 dano leve ( )

11.2 dano moderado ( )

11.3 dano grave ( )

11.4 Óbito ( )

**12. Tipo de incidente:**

12.1 acidente do paciente. sim ( ) não ( )

Exemplo:

Força contundente (esmagamento, abrasão ou fricção). Força perfurante / penetrante (arranhão, corte, ruptura).

Mecanismo térmico (queimadura, sobreaquecimento, congelamento/frio excessivo).

Ameaça à respiração (ameaça mecânica à respiração, afogamento / quase afogamento / confinamento a local com deficiência em oxigênio).

Exposição à substância química (envenenamento ou corrosão por substância química).

12.1.5 Exposição a efeitos de condições climáticas, desastres naturais ou outras forças danatureza.

Óbito ou lesão grave de paciente associados a choque elétrico durante a assistência dentro doserviço de saúde (never event).

Outro tipo de mecanismo de lesão específico

**13.2 Lesão por pressão** sim ( ) não ( )

Exemplo:

Estágio 1.

Estágio 2.

Estágio 3.

Estágio 4.

**14.3 Evasão do paciente.** sim ( ) não ( )

**15.5. Falha durante o procedimento cirúrgico.** sim ( ) não ( )

Exemplo:

Transmissão de doença infecciosa (bactéria, vírus, parasitas, fungos ou outros). Transmissão de doença genética.

Rejeição.

Transmissão de tumor (câncer).

**16. Falha na identificação do paciente** sim ( ) não ( )

**17. Falha durante a assistência à saúde.** sim ( ) não ( )

Exemplo:

Trigem. Diagnóstico.

Meios complementares de diagnóstico. Procedimento/

Tratamento/ intervenção.

Assistência geral.

Contenção física.

**18. Falha nas atividades administrativas.** sim ( ) não ( )

Exemplo:

Marcação. Regulação/referenciamento.

Admissão.

Transferência

Identificação

Consentimento informado.

Resposta à emergência.

**19. Falha na administração de dietas.** sim ( ) não ( )

**20. Falha na prescrição** sim ( ) não ( )

**21. Falha na administração de medicamentos** sim ( ) não ( )

**22. Falha envolvendo cateter venoso.** sim ( ) não ( )

**23. Falha envolvendo sondas.** sim ( ) não ( )

**24. Falha na administração de oxigênio e gases medicinais.** sim ( ) não ( )

**25. Queda do paciente.** sim ( ) não ( )

**26. Queimaduras.** sim ( ) não ( )

**27. Tromboembolismo venoso.** sim ( ) não ( )

**28. Profissionais envolvidos no incidente:**

Enfermeiro ( )

Médico ( )

Fisioterapeuta ( )

Nutricionista ( )

Farmacêutico ( )

Técnico de enfermagem ( )

Equipe da farmácia ( )

**29. Fatores contribuintes para o incidente:**

**29.1 Fatores relacionados ao paciente: sim ( ) não ( )**

Exemplo:

Percepção/compreensão.

Problemas de atenção.

Fadiga/exaustão.

Excesso de confiança.

Não cumprimento de orientações.

Comportamento de risco.

Comportamento negligente

Dificuldades linguísticas.

Dificuldade de compreensão das orientações de saúde.

Problemas com uso/abuso de substâncias.

Fatores emocionais.

**29.2 Fatores relacionados ao ambiente: sim ( ) não ( )**

Exemplo:

Infraestrutura/ambiente físico.  
Local afastado ou a longa distância do serviço.  
Avaliação de risco ambiental/avaliação de segurança.

**29.3 Fatores relacionados ao desempenho: sim ( ) não ( )**

Exemplo:

Erro técnico na execução (baseado na aptidão física).  
Baseado em regras: má aplicação de boas práticas. /Aplicação de más práticas.  
Seletividade.  
Parcialidade.

**29.3 Fatores relacionados ao comportamento: sim ( ) não ( )**

Exemplo:

Problemas de atenção  
Fadiga/exaustão.  
Excesso de confiança.  
Não cumprimento de normas/protocolos.  
Infrações sistemáticas.  
Comportamento de risco.  
Comportamento negligente.  
Ato de sabotagem / criminal.  
Problemas com uso/abuso de substâncias.  
Fatores emocionais.

**29.4 Fatores relacionados à comunicação. sim ( ) não ( )**

Exemplo:

Método de comunicação.  
Ausência ou inadequada transmissão de informações durante a passagem de plantão.  
Problema/evento adverso na compreensão das orientações (escritas ou verbais).  
Ausência de anotações (prontuário/ficha do paciente).  
Informações ilegíveis (prontuário/ficha do paciente).  
Dificuldades linguísticas.  
Literacia em saúde (capacidade de compreender a informação de saúde e usar essa informação para tomar decisões sobre saúde e cuidados médicos).

**29.5 Fatores relacionados a questões organizacionais: sim ( ) não ( )**

Exemplo:

Protocolos/políticas/procedimentos/processos.  
Decisões organizacionais/culturais.  
Organização das equipes Recursos/carga de trabalho.

**29.6 Fatores relacionados a aspectos individuais dos profissionais envolvidos: sim**

não

Exemplo:

Descuido/distração/omissão.

Sobrecarga de trabalho/fadiga/esgotamento.

Problema/ evento adverso na execução do trabalho.Descumprimento de normas.

Violação de rotinas estabelecidas pelo serviço de saúde.

Comportamento arriscado/imprudente.

Problemas com uso e abuso de substâncias.

Sabotagem/ato criminoso.

Ausência ou inadequada transmissão durante a passagem de plantão.

Problema/evento adverso na compreensão das orientações (escritas ou verbais).

Ausência de anotações (prontuário / ficha do paciente).

Informações ilegíveis (prontuário / ficha do paciente).

**30. Consequências Organizacionais do incidente: sim  não**

Exemplo:

Dano à propriedade.

Aumento dos recursos necessários para o paciente.

Atenção da mídia.

Reclamação formal.

Reputação denegrida.

Implicações legais.

**31. Como o incidente foi detectado:**

Avaliação proativa de riscos.

Por meio de máquina/sistema/alteração ambiental/alarme.

Por meio de uma contagem/auditoria/revisão.

Reconhecimento do erro.

Por alteração do estado do paciente.

**32. Quem detectou o incidente/evento adverso?**

Próprio paciente.

Outro paciente.

Familiar/ Cuidador.

Voluntário

Amigo/Visitante.

Pessoa de assistência espiritual.

Profissional de saúde.

Outro profissional do serviço de saúde.

**33. Fatores atenuantes do dano:**

**33.1 Dirigidos ao paciente: sim ( ) não ( )**

Exemplo:

Pedido de ajuda.

Empreendidas medidas de gestão/tratamento/cuidado.

Paciente encaminhado.

Explicação/informação para o paciente.

Pedido de desculpas.

**33.2 Dirigidos ao profissional: sim ( ) não ( )**

Exemplo:

Boa supervisão/liderança

Bom trabalho de equipe.

Comunicação efetiva.

Formação de pessoas-chave.

Boa sorte/casualidade.

**33.3 Dirigidos à organização:**

Protocolo eficaz disponível. ( )

Corrigido erro de documentação. ( )

**34. Ações de melhoria:****34.1 Relacionadas ao paciente: sim ( ) não ( )**

Exemplo:

Gestão da doença.

Gestão da lesão.

Gestão da incapacidade.

Compensação.

Revelação/desculpa pública.

Ainda não foram realizadas ações de melhoria.

**34.2 Relacionadas com a organização: sim ( ) não ( )**

Exemplo:

Gestão da mídia/relações públicas.

Gestão de reclamações.

Gestão de ação judicial/riscos.

Gestão do stress/acompanhamento psicológico para os profissionais.

Notificação local e indenização.

Reconciliação/mediação.

Mudança da cultura organizacional.

Formação/treinamento.

Ainda não foram realizadas ações de melhoria.

**35. Ações para reduzir o risco:****35.1 Fatores do Paciente: sim ( ) não ( )**

Exemplo:

Disponibilização de cuidados/apoio adequado.

Disponibilização de instrução/orientações para o

paciente. Disponibilização de protocolos de apoio à

decisão.

Disponibilização de equipamento de monitorização.

Disponibilização de sistema de ajuda e dispensação da medicação.

**35.2 Fatores do profissional: sim ( ) não ( )**

Exemplo:

Formação.

Orientação.

Supervisão/assistência.

Estratégias para gestão da fadiga.

Disponibilidade de checklist/protocolos/políticas.

Número de profissionais adequado à demanda.

**35.3 Fatores Ambientais / Organizacionais: sim ( ) não ( )**

Exemplo:

Ambiente físico adequado às necessidades.

Providenciar acesso a um serviço.

Efetuar avaliações de risco/análise de causa-raiz.



Cumprir códigos/especificações/regulamentos.




## **ANEXOS**

## ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div> <p>HOSPITAL DE MESSEJANA DR. CARLOS ALBERTO STUDART GOMES</p> </div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div> <p>HOSPITAL DE MESSEJANA DR. CARLOS ALBERTO STUDART GOMES</p> </div> </div>
<b>PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</b>	
<b>DADOS DO PROJETO DE PESQUISA</b>	
<p><b>Título da Pesquisa:</b> DIAGNÓSTICO, PLANEJAMENTO E INTERVENÇÃO NOS PROCESSOS ORGANIZACIONAIS PARA A GESTÃO DO CUIDADO, QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE NO CONTEXTO HOSPITALAR: PROJETO MULTIFÁSICO DE MÉTODOS MISTOS</p> <p><b>Pesquisador:</b> Silvania Braga Ribeiro</p> <p><b>Área Temática:</b></p> <p><b>Versão:</b> 1</p> <p><b>CAAE:</b> 59296022.2.0000.5039</p> <p><b>Instituição Proponente:</b> Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes</p> <p><b>Patrocinador Principal:</b> Financiamento Próprio</p>	
<b>DADOS DO PARECER</b>	
<b>Número do Parecer:</b> 5.466.795	
<p><b>Apresentação do Projeto:</b></p> <p>As informações elencadas nos campos - apresentação do projeto, objetivos da pesquisa e avaliação dos riscos e benefícios foram retiradas do arquivo informações básicas da pesquisa PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1960376.pdf</p> <p>organizacionais da gestão do cuidado em saúde de hospital público, com foco na Gestão da Qualidade e na Segurança do Paciente. Será desenvolvido em um período de três anos (2022 a 2024) em hospital da rede pública estadual do Ceará, por meio de quatro subprojetos que envolvem equipes de pesquisadores trabalhando juntos durante muitas fases do projeto maior. Nos projetos quantitativos e transversais do estudo, a população envolverá profissionais da gestão e assistenciais de saúde, com amostra estimada de 362 trabalhadores de saúde, sendo 181 da equipe de enfermagem e os demais das outras categorias. Para coleta de dados, serão adotados questionários, formulários/listas de verificação e escalas de medidas de comportamento organizacional. Os resultados serão processados no programa SPSS 23.0 e submetidos a análise estatística descritiva e inferencial, com testes de associação entre variáveis. Nos projetos qualitativos, serão</p>	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p><b>Endereço:</b> Av. Frei Cirilo 3480</p> <p><b>Bairro:</b> Messejana</p> <p><b>UF:</b> CE</p> <p><b>Telefone:</b> (85)3247-3342</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p><b>CEP:</b> 60.840-285</p> <p><b>Município:</b> FORTALEZA</p> <p><b>E-mail:</b> comitedeetica@hm.ce.gov.br</p> </div> </div>	
Página 01 de 05	
<p>realizadas entrevistas com gestores, profissionais da assistência, sendo a amostra definida por saturação teórica. Também serão realizadas oficinas de mapeamento de processos e diagnóstico situacional da gestão da qualidade no serviço, observações sistemáticas e análise documental, além de intervenções, no último ano da pesquisa, por meio simulações realísticas com os profissionais envolvidos nas etapas iniciais do estudo. Todos os resultados qualitativos serão analisados no software MAXQDA. O estudo será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da instituição.</p> <p><b>Hipótese:</b></p> <p>A monitorização dos processos organizacionais para a gestão do cuidado e da qualidade em hospital público de referência tem sido realizada de forma incipiente, sem avaliação rotineira por parte da gestão. Não há política de gestão da qualidade consolidada no serviço. As ações de gerenciamento de riscos e segurança do paciente são realizadas, porém de forma desarticulada e sem articulação com o planejamento estratégico. A avaliação de medidas de comportamento organizacional (qualidade do ambiente de prática, clima de segurança, comportamentos antiprofissionais, inteligência emocional, burnout, dentre outros) pode favorecer levantamento das necessidades dos trabalhadores quanto as melhorias a serem implementadas em seu processo de trabalho. Oficinas com gestores para levantamento de dificuldades pode fortalecer as ações de melhoria a serem implementadas. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem podem ser úteis na aquisição de competências para o monitoramento da qualidade e a segurança dos processos assistenciais entre trabalhadores da assistência.</p> <p><b>Objetivo da Pesquisa:</b></p> <p><b>Objetivo Primário:</b></p> <p>Realizar diagnóstico situacional, planejamento e intervenção nos processos organizacionais da gestão do cuidado em saúde de hospital público, com foco na Gestão da Qualidade e na Segurança do Paciente.</p> <p><b>Objetivo Secundário:</b></p> <p>- Identificar os processos organizacionais existentes na instituição, incluindo normas, rotinas, procedimentos operacionais padrão e protocolos;</p>	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p><b>Endereço:</b> Av. Frei Cirilo 3480</p> <p><b>Bairro:</b> Messejana</p> <p><b>UF:</b> CE</p> <p><b>Telefone:</b> (85)3247-3342</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p><b>CEP:</b> 60.840-285</p> <p><b>Município:</b> FORTALEZA</p> <p><b>E-mail:</b> comitedeetica@hm.ce.gov.br</p> </div> </div>	
Página 02 de 05	

HOSPITAL DE MESSEJANA DR. CARLOS ALBERTO STUDART GOMES 	HOSPITAL DE MESSEJANA DR. CARLOS ALBERTO STUDART GOMES 
<small>Continuação do Parecer: 5.456.795</small>	<small>Continuação do Parecer: 5.456.795</small>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mapear os processos assistenciais e gerenciais com base no diagnóstico situacional;</li> <li>- Realizar avaliação de desempenho dos profissionais no preenchimento das planilhas de monitoramento dos indicadores assistenciais;</li> <li>- Monitorar indicadores relacionados aos recursos humanos em saúde, à assistência e aos resultados dos pacientes;</li> <li>- Revisar e atualizar os instrumentos de avaliação de riscos assistenciais;</li> <li>- Monitorar, descrever e avaliar os processos relacionados à segurança do paciente instituídos no hospital (identificação segura, comunicação efetiva, infecção relacionada à assistência à saúde, quedas, cirurgia segura, processo de segurança medicamentosa preparo/administração);</li> <li>- Verificar ocorrência, notificação e manejo de incidentes relacionados à administração de medicamentos, queda do leito, lesões por pressão, processo cirúrgico e infecção relacionada à assistência à saúde, bem como seus fatores contribuintes e desfechos;</li> <li>- Planejar e implementar atividades de educação permanente voltadas para as não conformidades e as necessidades de treinamento identificadas, utilizando metodologias ativas de ensino e aprendizagem, implementar planos de melhoria nos processos organizacionais da instituição;</li> <li>- Avaliar as ações realizadas junto à equipe de saúde e gestores.</li> <li>- Verificar a carga de trabalho dos profissionais por meio de índices prognósticos de enfermagem, correlacionando-a com variáveis individuais e ocupacionais;</li> <li>- Aplicar instrumentos de medida de comportamento organizacional validados para o Brasil, incluindo construtos como Ambiente de Prática Profissional, Clima de Segurança, Burnout, Inteligência Emocional, Comportamentos anti profissionais.</li> </ul>	<p><b>no momento Benefícios:</b></p> <p>Essa pesquisa terá como benefícios a avaliação da qualidade da assistência prestada no Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, bem como a revisão, a monitorização e organização dos processos organizacionais da instituição, favorecendo análise situacional e intervenções institucionais que favorecerão a cultura de segurança do paciente e a melhoria dos processos assistenciais com foco na qualidade em saúde.</p> <p><b>Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:</b></p> <p>Será realizada uma pesquisa de métodos mistos por meio de um projeto multifásico.</p> <p>Na pesquisa de métodos mistos, o pesquisador coleta e analisa de modo persuasivo e rigoroso tanto os dados qualitativos quanto os quantitativos (tendo por base as questões de pesquisa); mistura (ou integra ou vincula) as duas formas de dados concomitantemente, combinando-os (ou misturando-os) de modo sequencial, fazendo um construir o outro ou incorporando um no outro; dá prioridade a uma ou a ambas as formas de dados (em termos do que a pesquisa enfatiza); usa esses procedimentos em um único estudo ou em múltiplas fases de um programa de estudo; estrutura esses procedimentos de acordo com visões de mundo filosóficas e lentes teóricas; e combina os procedimentos em projetos de pesquisa específicos que direcionam o plano para a condução do estudo (CRESWELL; PLANO CLARCK, 2013).</p> <p>A pesquisa de métodos mistos encoraja o uso de múltiplas visões de mundo, ou paradigmas (i.e., crenças e valores), em vez de associação típica de alguns paradigmas com a pesquisa quantitativa e outros para a pesquisa qualitativa. Trata-se de uma pesquisa "prática" no sentido de que o pesquisador está livre para usar todos os métodos possíveis para abordar um problema de pesquisa. É também "prática" porque os indivíduos tendem a resolver os problemas usando tanto números quanto palavras, combinam o pensamento indutivo e o dedutivo, e empregam as habilidades em observar as pessoas e também em registrar seu comportamento (CRESWELL; PLANO CLARCK, 2013).</p> <p>Em projetos que abrangem vários anos e têm muitos componentes, como estudos de avaliação e investigações de saúde que duram muitos anos (o caso deste estudo), os pesquisadores podem precisar conectar vários estudos para atingir um</p>
<small>Endereço: Av. Frei Otton 3480            Bairro: Messejana            UF: CE Município: FORTALEZA            CEP: 60.840-295            Telefone: (85)3247-3342 E-mail: comitedeetia@hm.ce.gov.br</small>	<small>Endereço: Av. Frei Otton 3480            Bairro: Messejana            UF: CE Município: FORTALEZA            CEP: 60.840-295            Telefone: (85)3247-3342 E-mail: comitedeetia@hm.ce.gov.br</small>
<small>Página 03 de 05</small>	<small>Página 04 de 05</small>

HOSPITAL DE MESSEJANA DR. CARLOS ALBERTO STUDART GOMES																																																					
Continuação do Parecer: 5.488.795																																																					
<p>objetivo geral. Esses estudos podem envolver projetos que coletem tanto dados quantitativos quanto qualitativos simultaneamente ou que coletem as informações sequencialmente. Podemos considerar os estudos de métodos mistos multifásicos ou de múltiplos projetos. Esses projetos com frequência envolvem equipes de pesquisadores trabalhando juntos durante muitas fases do projeto (CRESWELL; PLANO CLARCK, 2013)</p> <p><b>Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:</b> falta anexar termo de fiel depositário e aceite da pesquisa clínica, demais termos anexados.</p> <p><b>Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:</b> Pendência - falta anexar termo de fiel depositário e aceite da pesquisa clínica</p> <p><b>Considerações Finais a critério do CEP:</b></p> <p>Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Tipo Documento</th> <th>Arquivo</th> <th>Postagem</th> <th>Autor</th> <th>Situação</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Informações Básicas do Projeto</td> <td>PB - INFORMAÇÕES BÁSICAS DO PROJETO 1960376.pdf</td> <td>03/06/2022 15:24:49</td> <td>Silvania Braga Ribeiro</td> <td>Aceito</td> </tr> <tr> <td>Ficha de Rosto</td> <td>folhainciso.pdf</td> <td>03/06/2022 15:23:27</td> <td>Silvania Braga Ribeiro</td> <td>Aceito</td> </tr> <tr> <td>Outros</td> <td>coletadados.pdf</td> <td>03/06/2022 12:19:48</td> <td>Silvania Braga Ribeiro</td> <td>Aceito</td> </tr> <tr> <td>Outros</td> <td>anuncia.pdf</td> <td>03/06/2022 12:16:32</td> <td>Silvania Braga Ribeiro</td> <td>Aceito</td> </tr> <tr> <td>Outros</td> <td>compromissoetico.pdf</td> <td>03/06/2022 12:01:18</td> <td>Silvania Braga Ribeiro</td> <td>Aceito</td> </tr> <tr> <td>Outros</td> <td>confidencialidade.pdf</td> <td>03/06/2022 11:58:57</td> <td>Silvania Braga Ribeiro</td> <td>Aceito</td> </tr> <tr> <td>Outros</td> <td>autorizacao.pdf</td> <td>03/06/2022 11:58:01</td> <td>Silvania Braga Ribeiro</td> <td>Aceito</td> </tr> <tr> <td>TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência</td> <td>tcle.pdf</td> <td>03/06/2022 11:45:12</td> <td>Silvania Braga Ribeiro</td> <td>Aceito</td> </tr> <tr> <td>Projeto Detalhado / Brochura Investigador</td> <td>projeto.pdf</td> <td>03/06/2022 11:05:18</td> <td>Silvania Braga Ribeiro</td> <td>Aceito</td> </tr> </tbody> </table>				Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação	Informações Básicas do Projeto	PB - INFORMAÇÕES BÁSICAS DO PROJETO 1960376.pdf	03/06/2022 15:24:49	Silvania Braga Ribeiro	Aceito	Ficha de Rosto	folhainciso.pdf	03/06/2022 15:23:27	Silvania Braga Ribeiro	Aceito	Outros	coletadados.pdf	03/06/2022 12:19:48	Silvania Braga Ribeiro	Aceito	Outros	anuncia.pdf	03/06/2022 12:16:32	Silvania Braga Ribeiro	Aceito	Outros	compromissoetico.pdf	03/06/2022 12:01:18	Silvania Braga Ribeiro	Aceito	Outros	confidencialidade.pdf	03/06/2022 11:58:57	Silvania Braga Ribeiro	Aceito	Outros	autorizacao.pdf	03/06/2022 11:58:01	Silvania Braga Ribeiro	Aceito	TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	03/06/2022 11:45:12	Silvania Braga Ribeiro	Aceito	Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	03/06/2022 11:05:18	Silvania Braga Ribeiro	Aceito
Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação																																																	
Informações Básicas do Projeto	PB - INFORMAÇÕES BÁSICAS DO PROJETO 1960376.pdf	03/06/2022 15:24:49	Silvania Braga Ribeiro	Aceito																																																	
Ficha de Rosto	folhainciso.pdf	03/06/2022 15:23:27	Silvania Braga Ribeiro	Aceito																																																	
Outros	coletadados.pdf	03/06/2022 12:19:48	Silvania Braga Ribeiro	Aceito																																																	
Outros	anuncia.pdf	03/06/2022 12:16:32	Silvania Braga Ribeiro	Aceito																																																	
Outros	compromissoetico.pdf	03/06/2022 12:01:18	Silvania Braga Ribeiro	Aceito																																																	
Outros	confidencialidade.pdf	03/06/2022 11:58:57	Silvania Braga Ribeiro	Aceito																																																	
Outros	autorizacao.pdf	03/06/2022 11:58:01	Silvania Braga Ribeiro	Aceito																																																	
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	03/06/2022 11:45:12	Silvania Braga Ribeiro	Aceito																																																	
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	03/06/2022 11:05:18	Silvania Braga Ribeiro	Aceito																																																	
<p><b>Situação do Parecer:</b></p> <p>Pendente</p> <p><b>Necessita Avaliação da CONEP:</b> Não</p> <p>FORTALEZA, 13 de Junho de 2022</p> <p>Assinado por: Arménia Uchôe de Mesquita (Coordenador(a))</p>																																																					
<p>Endereço: Av. Frei Cirilo 3480 Bairro: Messejana UF: CE Município: FORTALEZA Telefone: (85)3247-3342</p>		<p>CEP: 60.840-295 E-mail: comitedeetico@hm.ce.gov.br</p>																																																			
Página 05 de 05		Página 05 de 05																																																			

