



**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA- UnICEUB**  
**PROGRAMA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA**

**FILIFE AURÉLIO DE SÁ AQUINO**  
**VICTOR GUIMARÃES ANTÔNIO DA SILVA**

**INVESTIGAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS OCORRIDOS EM UM**  
**HOSPITAL PÚBLICO DE BRASÍLIA**

**BRASÍLIA**

**2020**



**FILIFE AURÉLIO DE SÁ AQUINO  
VICTOR GUIMARÃES ANTÔNIO DA SILVA**

**INVESTIGAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS OCORRIDOS EM UM  
HOSPITAL PÚBLICO DE BRASÍLIA**

Relatório final de pesquisa de Iniciação  
Científica apresentado à Assessoria de Pós-  
Graduação e Pesquisa.

Orientação: Fabiana Xavier Cartaxo

**BRASÍLIA  
2020**

## RESUMO

A quantidade de complicações e mortes evitáveis devido à falta de segurança do paciente é crescente. A segurança do paciente é um elemento essencial à qualidade da assistência à saúde, pois visa minimizar riscos associados à assistência à saúde, provenientes de tecnologias e produtos, relações humanas no serviço e falhas na comunicação com o paciente. **Objetivo:** investigar os eventos adversos (EA) assistenciais ocorridos em um hospital público de Brasília. **Método:** estudo transversal, retrospectivo e prospectivo, realizado no Hospital Regional da Asa Norte da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. A coleta de dados compreendeu o período de janeiro de 2018 a dezembro de 2019 e foi realizada através de exploração do banco de dados do núcleo de segurança do paciente e por busca ativa em prontuários eletrônicos. Foram investigados o perfil dos pacientes vítimas de eventos adversos, os tipos de eventos, as causas e consequências e as intervenções efetuadas. A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde/FEPECS/SES/DF (CAAE: 17697419.7.3001.5553) e pelo CEP do UniCEUB (CAAEde 17697419.7.0000.0023). **Resultados:** Os pacientes vitimados por eventos adversos foram 543, sendo 52,67% masculino e 46,68% feminino. A idade média das vítimas foi  $51,06 \pm 24,05$  anos e a média do período de internação foi de  $53,20 \pm 71,15$  dias. Os setores onde houve mais registro de ocorrência de EA foram: Unidade de Internação Cirúrgica (21,55%), UTI (20,07%) e Pronto Socorro e Box de Emergência (16,94%). Os eventos mais frequentemente encontrados foram relacionados: a assistência ao paciente (38,99%), a úlceras por pressão (17,64%), ao processo clínico (16,05%) e a infecção hospitalar (10,61%). O grau de danos provocados aos pacientes pelos EA foram: nenhum (30,80%); leve (46,00%); moderado (17,74%) e grave (5,46%). A causas dos EA ocorridos foram: fatores humanos (81,58%), fatores externos (13,08%) e fatores do sistema operativo (5,34%). As ações e intervenções realizadas pelo núcleo de segurança do paciente para redução de riscos descritas no trabalho, incluem orientação a equipe de assistência, adequação de manuseio de processos, ações de reciclagem e capacitação de profissionais. **Conclusão:** a presente pesquisa elucida aspectos importantes envolvidos na ocorrência dos EA e pode colaborar com a equipe de assistência, com a comunidade científica e acadêmica na discussão dos caminhos para a redução destas ocorrências que reverbera sobre o tratamento, recuperação e prognóstico dos pacientes por ela acometidos resgatando assim a proposta de Hipócrates de "antes de tudo, não causar dano".

**Palavras-Chave:** Segurança do paciente. Eventos adversos. Eventos assistenciais.

## LISTA DE ABREVIACOES

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
EA	Eventos Adversos
HRAN	Hospital Regional da Asa Norte
IOM	Institute of Medicine
MS	Ministério da Saúde
NOTIVISA	Sistema de Notificação para a Vigilância Sanitária
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PSP	Plano de Segurança do Paciente
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b>	Perfil dos pacientes vítimas de eventos adversos assistenciais	15
<b>Tabela 2</b>	Estratificação dos eventos adversos por setores de ocorrência	16
<b>Tabela 3</b>	Caracterização dos Incidentes/eventos adversos do tipo assistenciais e grau de dano	17
<b>Tabela 4</b>	Causas dos incidentes/eventos adversos ocorridos no hospital	20
<b>Tabela 5</b>	Ações/intervenções realizadas pelo núcleo de segurança do paciente para redução de riscos dos incidentes/eventos adversos do tipo assistenciais	22

## **SUMÁRIO**

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>7</b>
<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b>	<b>8</b>
<b>MÉTODO</b>	<b>13</b>
<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>15</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>28</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>29</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>38</b>

## INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a segurança do paciente é definida como a redução a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado aos cuidados de saúde (OMS, 2008).

A segurança do paciente é um dos principais temas de discussão em todo mundo, principalmente nas duas últimas décadas (DE MAGALHÃES et al., 2015). No cenário da saúde, a qualidade do cuidado e a segurança do paciente têm ocupado lugar de destaque não somente nos países desenvolvidos economicamente, mas de forma geral em todo mundo, incluindo os diversos tipos de sistemas de saúde (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

Nesse sentido, a segurança é um princípio básico e um requisito para a qualidade do cuidado, que, por sua vez, é uma exigência nos setores de saúde, por meio da gestão do processo de trabalho coletivo (ADAMY et al., 2018; DA SILVA NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015).

Estudos do Institute of Medicine (IOM) e da OMS desencadearam um movimento global acerca das questões que envolvem os riscos decorrentes de erros e/ou falhas com potencial de causar danos ou a morte de pacientes nos sistemas de saúde (KOHN et al., 2000; OMS, 2009).

Em 2004, um estudo canadense relatou que eventos adversos ocorriam em mais de 7% das internações hospitalares e estimou que 9.000 a 24.000 canadenses morriam anualmente devido a um erro médico evitável (BAKER, 2004). Relatórios da Nova Zelândia, Dinamarca (SCHIØLER et al., 2001) e países em desenvolvimento (DONALDSON, 2004) levaram a OMS a estimar que uma em cada 10 pessoas recebendo cuidados de saúde sofria danos evitáveis (OMS et al., 2008).

Diante da magnitude dos danos gerados nos pacientes, por falhas na assistência, a OMS, instituiu a World Alliance for Patient Safety, que com base nas causas que mais geravam danos aos pacientes estabeleceram as Metas Internacionais para Segurança do Paciente, a fim de promover a adesão a práticas para minimização de danos aos pacientes, são elas: 1 -identificar corretamente o paciente; 2 -melhorar a comunicação entre profissionais de saúde; 3 -melhorar a segurança na prescrição, no uso e administração de medicamentos; 4 -assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente correto; 5 -higienizar as mãos para evitar infecções; 6 -reduzir o risco de quedas e úlceras por pressão (BRASIL, 2013).

Iniciativas voltadas para a segurança do paciente foram a criação de comitês

multidisciplinares nas instituições de saúde que articulassem e coordenassem programas e atividades de prevenção de eventos adversos (EA), denominados Comitê de Segurança do Paciente. Os hospitais privados lideraram essa iniciativa. Esses comitês foram criados com a finalidade de promover uma cultura hospitalar voltada para a segurança de pacientes por meio de planejamento, desenvolvimento, controle e avaliação de processos assistenciais (CASSIANI, 2010).

Em julho de 2013, foi publicada a Resolução da Diretoria Colegiada nº 36 da ANVISA, que “institui ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde”. Segundo a resolução, os serviços de saúde deverão estruturar um “Núcleo de Segurança do Paciente” (NSP) cuja missão é desenvolver um “Plano de Segurança do Paciente” (PSP), que deverá ter como princípios norteadores a melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde, a disseminação sistemática da cultura de segurança, a articulação e a integração multiprofissional nos processos de gerenciamento e gestão de risco e a garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde (BRASIL, 2013).

A preocupação em relação à qualidade do atendimento empregado na saúde e sobre a segurança do paciente são temas abordados há muitos anos. Todavia, os estudos acerca desses assuntos têm sido realizados com maior frequência na atualidade, com desenvolvimento de pesquisas para avaliação da prestação de serviços de saúde (PAGANI; CROZETA; CRISIGIOVANNI, 2019).

Os eventos adversos aumentam o tempo de internação, a morbidade e a mortalidade dos pacientes e, por consequência, representa um grave prejuízo financeiro para os hospitais e para a sociedade (CAMARGO; FERREIRA; HEINECK, 2006; WACHTER, 2013).

Este trabalho visou investigar os eventos adversos assistenciais ocorridos em um hospital público de Brasília, para tanto foram investigados os incidentes/eventos adversos ocorridos no hospital; as causas e consequências dos eventos, o perfil do pacientes vítimas dos eventos adversos e as ações/intervenções realizadas pelo núcleo de segurança do paciente para redução de riscos.

## **FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

Há milhares de anos, Hipócrates já reconhecia o potencial de lesões que surgem das ações bem-intencionadas dos curadores. Os curandeiros gregos no século IV A.C. redigiram o

Juramento de Hipócrates e prometeram "prescrever regimes para o bem de meus pacientes de acordo com minha capacidade e julgamento e nunca prejudicar ninguém" (NORTH, 2002).

Desde então, a diretiva *primum non nocere* (primeiro não prejudique) tornou-se um princípio central da medicina contemporânea. Todavia, apesar de um crescente enfoque nas bases científicas da prática médica na Europa e nos Estados Unidos no final do século XIX, os dados em relação aos resultados adversos eram difíceis de se obter, e os vários estudos encomendados coletaram, em sua maioria, episódios anedóticos (RUNCIMAN; MERRY, 2014).

Em 1982, a população dos Estados Unidos se chocou com dados revelados por um programa televisivo chamado *The Deep Sleep*, o qual revelou que a cada ano 6.000 americanos morriam ou sofriam danos cerebrais devido a acidentes anestésicos (TOMLIN, 1982).

Diversas são as causas dos danos à saúde relacionados à assistência apontadas pela literatura, como baixa capacitação dos profissionais, enquadramento inadequado, comunicação ineficiente e dificuldades nos relacionamentos interpessoais (MENESES et al., 2018).

O tema segurança do paciente ganhou relevância a partir da divulgação do relatório *Errar é humano*, do IOM em 1999, que estimou que cerca de 44.000 a 98.000 mortes anuais nos Estados Unidos eram devidas a falhas da assistência médico-hospitalar (KHON et al., 2000).

O Programa Nacional de Segurança do Paciente objetiva melhorar a qualidade dos serviços de saúde com contribuições maciças na segurança do paciente (ANVISA, 2017). Conjuntamente, foi estabelecida a obrigatoriedade dos cursos profissionalizantes ou técnicos, de graduação e de pós-graduação da área da saúde, a inserir em suas grades curriculares o estudo e aprendizado sobre segurança do paciente (BRASIL, 2013).

A segurança do paciente é um elemento essencial à qualidade da assistência à saúde (RAIMONDI et al., 2019). O ideal no cuidado aos seres humanos é reduzir atos inseguros, com a aplicação de melhores práticas assistenciais, alcançando assim, um mínimo aceitável de acertos (MATOS, 2018).

Os processos de cuidados à saúde devem conseguir reduzir, a um mínimo aceitável, o risco de falhas e, por consequência, reduzir os danos evitáveis associados à assistência garantindo a segurança do paciente (OMS, 2011).

O alcance da excelência na assistência ao paciente requer condutas e ações que

viabilizem um processo dinâmico e sistematizado, que proporcione qualificação dos profissionais de saúde, além do aumento de sua satisfação e do crescimento profissional (DA COSTA RESENDE et al., 2020). A qualificação é um aliado da segurança do paciente, o que reflete a importância da qualificação dos trabalhadores que prestam assistência, bem como daqueles que gerenciam o serviço (KOLANKIEWICZ, et al., 2020).

Em uma instituição hospitalar, o despreparo de profissionais de saúde, devido à falta de conhecimento e visão crítica, reduzida experiência e escassos treinamentos, reflete no cuidado prestado e no processo de gerenciamento de risco das instituições de saúde (AMARAL, 2019).

De acordo com o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), são propostos seis protocolos de segurança do paciente com base nos problemas mais incidentes. São eles: administração segura de medicação, queda, identificação do paciente, úlceras de pressão, higienização das mãos, e cirurgias seguras. (BARROS, 2013).

Um dos requisitos ressaltados nas instituições de saúde a fim de evitar episódios de eventos adversos é a cultura de segurança, por intermédio do gerenciamento de risco, no qual, os profissionais de saúde agem de modo proativo, e assim, comunicam os erros. Podendo, desse modo, redesenhar os processos a fim de prevenir novos incidentes. (PAGANI; CROZETA; CRISIGIOVANNI, 2019).

Os eventos adversos assistenciais se constituem em um problema de saúde pública, reconhecido pela OMS (2011). A melhoria da qualidade consiste em fazer com que o cuidado de saúde seja seguro, efetivo, centrado no paciente, oportuno, eficiente e equitativo (BRASIL, 2013).

Ainda que literatura não seja ampla em relação ao tema, foi observada a existência de uma preocupação mundial a respeito deste cuidado relacionado à segurança do paciente (MIASSO; CASSIANI, 2000). Estudos mostram a preocupação da comunidade acadêmica em relação à segurança do paciente, tendo os EA como o tema mais abordado. Dentre as ações para prevenir e minimizar os EA estão: educação continuada dos profissionais, lavagem das mãos, identificação correta dos pacientes, notificação dos EA e comunicação efetiva (MENESES et al., 2018). Em países em desenvolvimento, o risco de infecção associado aos cuidados em saúde chega a ser 20 vezes maior que em países desenvolvidos (ANVISA, 2013).

O maior desafio em segurança do paciente é buscar a redução dos eventos indesejáveis nas instituições de saúde. Em especial, a assimilação, por parte dos dirigentes, de que a causa

dos erros e eventos adversos é multifatorial e que os profissionais de saúde estão suscetíveis a cometer erros quando os processos técnicos e organizacionais são complexos e não adequadamente planejado. Desde que a assistência seja prestada por seres humanos há a possibilidade de promoção de riscos e danos aos pacientes, embora o que seja de fato importante neste momento é que esta realidade não seja mais ignorada (SILVA et al., 2014).

Os riscos devem ser identificados e analisados, de acordo com sua origem e, a partir desse diagnóstico, ações preventivas deverão ser implementadas, é recomendado que a direção das organizações de saúde, em consonância com seus trabalhadores, defina e documente a política para o gerenciamento das situações de riscos (FONSECA et al., 2020). Deve-se compreender os eventos adversos em sua totalidade, considerando o que existe além de sua ocorrência (DUARTE et al, 2015).

A cultura de segurança é um tema de relevância, uma vez que envolve medidas em favor da redução de ocorrência de erros no cuidado ao paciente. Ela é considerada um importante componente nos serviços de saúde, pois remete de maneira direta à implementação de práticas seguras desenvolvidas pelas equipes de saúde, a fim de diminuir os eventos adversos que podem acometer os pacientes (ANDRADE, 2018; RAIMONDI, 2019).

É notável que a cultura de segurança do paciente, está voltada para as ações diretas de cuidado ao paciente porém, ainda que realizar ações de cuidado seja essencial, não mostra uma visão mais abrangente sobre uma cultura voltada ao desenvolvimento de um cuidado centrado na minimização de eventos adversos (MINELLO, 2020).

Entretanto a cultura punitiva persiste no dia a dia das instituições de saúde. Por isso, a negligência relacionada às notificações de eventos adversos é comum e muitos profissionais, além de desconhecerem o que deve ser relatado, também apresentam dificuldade em reconhecer o erro por temerem as possíveis punições (MARISTELA ANJOS et al, 2020).

A gravidade dos eventos adversos relacionados a assistência à saúde é de tal magnitude e impacto social, que sensibilizou sistemas de saúde em todo o mundo, desencadeando uma ampla mobilização de órgãos governamentais e não governamentais para o controle e prevenção destas ocorrências, incluindo o Brasil (COUTO et al., 2017). As consequências da insegurança do paciente vão além dos óbitos e inclui a morbidade e formas mais sutis de prejuízos como a perda da dignidade, do respeito e o sofrimento psíquico (NPSF, 2015).

É necessário maior investimento das instituições de saúde nos sistemas de notificações, visando toda a equipe de saúde, para que realizem e tenham conhecimento da dinâmica do

processo de notificação de eventos, independente do grau de gravidade (FONSECA et al., 2020).

Embora os registros de notificações sobre eventos adversos tenham carácter obrigatório no Brasil desde junho de 2014 por intermédio do Sistema de Notificação para a Vigilância Sanitária (NOTIVISA), sua incidência relacionada à assistência de saúde continua pouco investigada (MAIA et al., 2018).

O esclarecimento sobre a notificação de eventos adversos é uma questão indispensável para a não omissão dos incidentes, visto que o medo, por parte do profissional, de punição e de processos investigativos gera a subnotificação (DA COSTA RESENDE et al., 2020). O relato desses eventos é fundamental para analisar as condições em que ocorreram os incidentes, permitindo quantificar sua frequência e tipologia, além de definir prioridades de intervenção, possibilitar a aprendizagem e o conhecimento. Dessa forma, será possível diminuir ou evitar que situações idênticas ocorram no futuro (FURINI, 2018).

A notificação anônima de eventos adversos é considerada uma ação válida na obtenção de informações de falhas e possibilitará a implantação de medidas pró-ativas para a diminuição do número de ocorrências, sendo assim, uma das principais estratégias propostas pelas instituições de saúde, que têm como missão a melhoria da qualidade na assistência, é uma implantação de uma cultura focalizada em buscar falhas sistêmicas e não culpados para punir (FONSECA et al., 2020).

Pacientes vítimas de eventos adversos podem contribuir com o aumento dos custos hospitalares gerando maior tempo de internação, o que facilita a ocorrência de infecção hospitalar e conseqüentemente diminui a rotatividade dos leitos. Assim, é necessário um maior uso de materiais médico-hospitalares e medicamentos destinados a assistência desses pacientes ocasionando uma maior despesa as instituições de saúde. (SILVESTRE, 2017).

Um trabalho desenvolvido em 3 hospitais gerais, públicos e de ensino do estado do Rio de Janeiro, revelou que pacientes vítimas de EA apresentaram tempo médio de permanência no hospital 28,3 dias maior que os demais pacientes hospitalizados. Os eventos adversos implicaram no gasto de R\$1.212.363,30, o que representou 2,7% do valor total do reembolso recebido pelo total de internações realizadas em 2003 (PORTO et al., 2010).

A quantidade de complicações e mortes evitáveis devido à falta de segurança do paciente é crescente (SCHIESARI, 2015). A falta de segurança do paciente gera cerca de 42,7 milhões de incidentes ao ano a nível mundial, desse total, dois terços ocorrem nos países em

desenvolvimento e nos países de transição (FRANÇOLIN et al., 2015; JHA et al., 2013).

As táticas para a promoção da segurança do paciente são condutas que podem ser realizadas pelas diversas categorias profissionais, independentemente do nível de gestão, em hospitais privados e nos públicos (PEDRONI, 2020; TYLL, 2020).

Ressalta-se a importância do tema, uma vez que estudos estimam que a ocorrência de eventos adversos relacionados à assistência à saúde afete de 4,0% a 16% de pacientes hospitalizados em países desenvolvidos (SOUSA; MENDES, 2014).

## **MÉTODO**

Trata-se de um estudo transversal, descritivo com abordagem qualitativa, de caráter retrospectivo e prospectivo, realizado no Hospital Regional da Asa Norte (HRAN) da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. É um dos maiores hospitais públicos da capital do Brasil, com um total de 399 leitos e que atende pacientes nas seguintes especialidades: Cirurgia Geral, Cirurgia plástica, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria, Clínica Médica, Unidade de Queimados, Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais, Unidade de Terapia Intensiva Adulto, Unidade de Cirurgia Geral, Unidade de Cirurgia Vascular.

O referido hospital possui um Núcleo de Segurança do Paciente funcionando desde 2014 que monitora incidentes/eventos adversos em todo o hospital, notifica e desenvolve ações de prevenção destes eventos. Este núcleo possui um banco de dados que armazena todos os eventos adversos ocorridos no hospital, oriundos da notificação feita pelos diversos setores e através de busca ativa realizada pela equipe do NSP.

A coleta de dados compreendeu o período de janeiro de 2018 a dezembro de 2019 e foi realizada através de exploração do banco de dados do núcleo de segurança do paciente e por busca ativa, utilizando os diversos buscadores já utilizados pelo NSP em prontuários eletrônicos.

Os tipos de incidentes/eventos adversos notificados e investigados pelo NSP são: (a) assistenciais, (b) medicamentos (farmacovigilância), (c) equipamentos, materiais, artigos médico-hospitalares, implantes e produtos para diagnóstico (tecnovigilância). Esta pesquisa buscou investigar os eventos adversos assistenciais.

As categorias de incidentes/eventos adversos do tipo assistenciais que foram investigados nesta pesquisa são: falhas nos processos clínicos, falhas na identificação dos pacientes, falhas na administração de dietas, falhas ocorridas em laboratórios clínicos ou de

patologia, falhas no cuidado/assistência ao paciente, queimaduras, úlcera por pressão, queda de paciente, falha durante procedimento cirúrgico e falhas de medicações/ fluídos endovenosos. Ressaltamos que a escolha das variáveis acima descritas para compor esta pesquisa, foi baseado nas informações do NSP/HRAN que reconhecem estes eventos como os mais prevalentes na unidade hospitalar investigada.

Para compor a amostra foram considerados como critério de inclusão: pacientes de ambos os sexos e sem discriminação de idade, que tenham sido vítimas de incidentes/eventos adversos do tipo assistenciais ocorridos no hospital e os critérios de exclusão: pacientes vitimados por incidentes/eventos adversos, que não fazem parte das categorias do tipo assistenciais eleitas para a pesquisa.

Para a caracterização dos eventos adversos, foram investigados os tipos, processos envolvidos e o problema. Exemplo: tipo de evento “queda do paciente”; processo envolvido “escorregão”; problema ocorrido “banheiro molhado”.

Para a identificação das causas dos eventos ocorridos foram verificadas as circunstâncias, ações ou influências que concorreram para o evento, conforme preconizado pelo “Marco Conceitual de classificação Internacional para a segurança do paciente” (OMS, 2009).

Para a composição do perfil dos pacientes foram investigados: sexo, idade, tempo de internação do paciente e comorbidades.

Para conhecimento das ações/intervenções realizadas pelo NSP para redução de riscos e danos, foi verificada a identificação atenta dos riscos aos quais os pacientes estão sujeitos, mediadas por incorporação de boas práticas na assistência direta e/ou indireta, a identificação das barreiras e oportunidades encontradas para promover a segurança na instituição, a existência de indicadores de qualidade e de sistema de registros e acompanhamentos de eventos adversos, alinhados à política de segurança do paciente na instituição, entre outros.

Para o registro das variáveis coletadas na pesquisa foi criada uma planilha do Excel, que foi armazenado em pen drive, que está de posse exclusivamente dos acadêmicos e pesquisador responsável pelo estudo, com identificação dos sujeitos da pesquisa por meio de códigos, a fim de preservar a confidencialidade dos dados.

Os dados quantitativos do estudo foram tabulados no programa Excel e analisados no Statistical Package of Social Science versão 22.0. Os resultados foram apresentados de forma

descritiva adotando-se números absolutos e proporções para as variáveis categóricas e medidas de tendência central e dispersão para as variáveis numéricas.

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde/FEPECS/SES/DF (CAAE: 17697419.7.3001.5553) e pelo CEP do UniCEUB (CAAEde 17697419.7.0000.0023) (ANEXO 1a e 1b).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra total de eventos adversos encontrados no período investigado foi 543 e o número de pacientes que sofreram estes eventos foi 422, com média de 1,29 eventos por paciente. O perfil de sexo, idade e período de internação dos pacientes da pesquisa encontram-se demonstrados na tabela 1.

**Tabela 1** – Perfil dos pacientes vítimas de eventos adversos assistenciais (n=422).

Variáveis	Pacientes
Sexo	M= 53,32% F= 46,68%
Idade (média e DP)	51,06±24,05 anos
Período de internação (média e DP)/mediana	53,20 ± 71,15 33 dias

O tempo de internação encontrado mostrou-se elevado, pois trata-se da apreciação de vários setores do hospital, enquanto outros trabalhos apresentam investigação em um único setor (BRANDÃO; BRITO; BARROS, 2018; ORTEGA et al., 2017). Os acidentes adversos aqui estudados vitimaram homens e mulheres. No Brasil, no ano de 2016, a NOTIVISA, boletim que aponta dados sobre segurança do paciente e retrata as notificações de Incidentes Relacionados à Assistência à Saúde e trabalho, apresenta semelhanças no perfil de sexo e idade com o presente trabalho. Esse boletim recebeu 53.997 notificações de incidentes, sendo que os eventos mais frequentemente notificados foram referentes a “falhas do tipo assistenciais” e ocorreram em unidades hospitalares, principalmente em setores de internação (ANVISA, 2017). A tabela 2 apresenta o número e distribuição dos eventos adversos encontrados nesta pesquisa.

**Tabela 2** – Estratificação dos eventos adversos por setores de ocorrência

Setor	n= 543	%
Unidade de Internação Cirúrgica	117	21,55
Unidade de Terapia Intensiva	109	20,07
Pronto Socorro e Box de Emergência	92	16,94
Unidade de Internação de Clínica Médica Masculina	70	12,89
Maternidade e Unidade de Cuidados Neonatal	70	12,89
Unidade de Internação de Clínica Médica Feminina e Ginecologia	41	7,55
Centro Cirúrgico	23	4,24
Unidade de Internação de Cirurgia Plástica	14	2,58
Unidade de Tratamento de Queimados	6	1,10
Outros setores	1	0,18
Total	543	100

As unidades de cirurgia geral, Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e emergência representaram 58,56% dos setores onde foram registrados EAs. Estes achados são condizentes com dados do boletim de segurança do paciente que identificou a UTI, setor de Urgência/Emergência e setores de internação como os setores com maior número de EA (ANVISA, 2017; FURINI,2018).

Moura (2014) em seu estudo realizado em um hospital público no Sul do Brasil detectou que as unidades de Terapia Intensiva foram as responsáveis pelo maior número de incidentes notificados no ano 2012 seguidas das Unidades de Internação. De acordo com De Vries (2008) a maioria dos eventos estão localizados no Centro Cirúrgico, Unidade de Internação e Unidade de Terapia Intensiva.

As UTIs são reconhecidas como setores muito suscetíveis à ocorrência de incidentes e eventos adversos. Alguns aspectos são essenciais para facilitar a ocorrência de falhas nesses ambientes, como a complexidade dos casos, a necessidade de decisões de alto risco de maneira imediata, a falta de informações prévias a respeito do grau de comprometimento dos pacientes, e a utilização de um arsenal medicamentoso muito mais complexo em função da

maior gravidade do quadro clínico inicial, assim como a variabilidade de capacitação da equipe multidisciplinar (NOVARETTI, 2014).

Segundo Zambon (2014), os setores de pronto atendimento são ambientes nos quais podem ocorrer vários eventos adversos, pois devido a superlotação, há pouco tempo para realizar os cuidados e a vigilância adequada da maior parte dos serviços. Os setores que mais figuram como cenários para os EA são os de internação, isso ocorre porque a permanência no ambiente hospitalar é um fator de risco para estes eventos.

A utilização do tempo de permanência em uma instituição hospitalar é comumente utilizada como medida substitutiva de custos e indicador de eficiência. Entretanto, tem sido apontado como um sinal relacionado à qualidade do cuidado prestado (THOMAS, 1997). Considerar a influência do fator tempo no contexto de desfechos diversos pode fazer toda diferença. A probabilidade de que ocorra um EA, por exemplo, é diretamente proporcional ao tempo de internação (ADVERSOS, 2010; ROQUE, 2011). Prolongar a internação de pacientes que possuem um curso não complicado de doença pode representar um fator aditivo ao episódio de evento adverso. De acordo com Roque et al, a probabilidade de sobreviver livre de evento adverso a medicamentos durante a internação de 30, 60 e 100 dias é de 73%, 93% e 96%, respectivamente (ROQUE, 2011).

Considerando a caracterização dos incidentes/eventos adversos, investigados nesta pesquisa, apresentamos na tabela 3 a estratificação do tipo assistenciais que foram encontrados, bem como as consequências, ou seja, o grau de exposição de dano ao paciente.

**Tabela 3** – Caracterização dos Incidentes/eventos adversos do tipo assistenciais e grau de dano

Incidentes/eventos adversos do tipo assistenciais	n =754	%	Grau do dano (consequências)				
			Nenhum (n)	Leve (n)	Moderado (n)	Grave (n)	Não consta (n)
Cuidado/assistência ao paciente	294	38,99	84	69	42	13	86
Úlceras por pressão	133	17,64	0	65	12	0	56
Processo clínico	121	16,05	49	18	14	9	31
Infecção hospitalar	80	10,61	0	42	20	0	18

Procedimentos cirúrgicos	43	5,70	2	19	0	5	17
Administração de dietas	25	3,32	10	6	0	0	9
Queda dos pacientes	15	1,99	6	3	0	0	6
Equipamentos médicos	15	1,99	0	5	3	1	6
Identificação do paciente	12	1,59	5	1	0	0	6
Procedimentos de transplante ou enxerto	10	1,33	0	7	0	0	3
Medicações/fluídos endovenosos	5	0,66	2	0	0	0	3
Queimaduras	1	0,13	0	1	0	0	0
Total	754	100	158	236	91	28	241

Cabe esclarecer que um mesmo evento adverso pode ser caracterizado em mais de um tipo, por exemplo: úlcera de pressão pode estar classificada também como infecção hospitalar e o sistema de armazenamento de dados do NSP, ao categorizar esses eventos, assim os estratificam, contabilizando, no entanto, como um evento somente.

Incidentes/eventos envolvendo hemoderivados, administração de gases/O<sub>2</sub>, laboratórios clínicos/patologia e assistência radiológica não apresentaram nenhum caso.

É necessário muito empenho para garantir uma assistência de qualidade e de segurança, entretanto, o erro humano é um dos fatores que tem sido destaque quando a questão envolve essa temática. Por intermédio dos artigos confrontados foi possível identificar quais foram as principais falhas ocasionadas durante a assistência à saúde, dentre elas encontram-se os erros de medicações, falhas de comunicação, erros em procedimentos cirúrgicos, as Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde, erros de identificação de pacientes, quedas dos pacientes e uso incorreto de dispositivos para a saúde (DUARTE, 2015; COSTA, 2017).

Úlcera de pressão é definida como uma lesão na pele, tecidos e/ou estruturas subjacentes e provocada pela incidência de uma pressão isolada de um tecido mole entre uma proeminência óssea e uma superfície dura por um período, ou combinada com fricção e/ou cisalhamento (MS; FOC, 2014). A National Pressure Ulcer Advisory Panel sugeriu mudança da terminologia para lesão por pressão, por descrever de maneira mais precisa a lesão (STUQUE,

2016; SILVA, 2017). Os fatores de risco para as lesões por pressão são: grau de mobilidade alterado; incontinência urinária e/ou fecal; alterações da sensibilidade cutânea; alterações do estado de consciência; presença de doença vascular; estado nutricional alterado (MS; FOC, 2014). De acordo com Shahin et al (2008), as lesões por pressão são muito prevalentes e incidente em ambiente de cuidados intensivos.

Grau de dano refere-se ao grau de comprometimento, repercussão sobre o estado de saúde do paciente e pode ser classificado em: nenhum dano quando não há consequências ao paciente; dano leve quando o paciente apresenta sintomas leves, danos mínimos ou intermediários de curta duração sem intervenção ou com uma intervenção mínima; dano moderado quando o paciente necessita de intervenção, prolongamento da internação, perda de função, danos permanentes ou em longo prazo; e grave dano quando é necessária intervenção para salvar a vida, grande intervenção médico cirúrgica ou causa grandes danos permanentes ou em longo prazo (OMS, 2011).

Nossos achados demonstram que os eventos ocorridos (n=543) neste hospital expuseram os pacientes a diversos graus de danos, sendo que o mais prevalente foi o leve com 43,46%, seguido de nenhuma exposição de dano 29,09%, moderado grau de dano 16,75% e em 5,15% de exposição grave de dano. Ressaltamos que em 44,38% dos eventos não consta a classificação de dano o que pode comprometer ou enfraquecer as reflexões acerca destas repercussões, haja visto, que este cenário poderia ser alterado, caso constassem estas informações.

Entretanto a literatura que aborda estes tipos de danos tem demonstrado afinidade com nossos resultados. Estudo realizado por Furini (2018) revelou que 65,12% dos eventos adversos foram classificados como de grau leve, 29,36% de grau moderado e 3,78% como graves. Gottens et al. (2016), encontraram como grau de dano mais predominante, o leve, seguido do moderado e Barros (2019), identificou em sua pesquisa que 44,0% dos casos não houve nenhum dano, 48,28% dos danos foram leves, 6,39% moderados e 1,33% danos graves.

O maior consenso entre todos esses resultados é que o grau de dano grave é o mais incomum, embora seja o de maior repercussão sobre o paciente.

As causas dos eventos baseiam-se em três elementos centrais, que, em geral, ocorrem simultaneamente. Os fatores humanos, sendo refletidos pelo comportamento, desempenho e comunicação entre os profissionais de saúde e no relacionamento da equipe, além dos componentes individuais dos profissionais, dos pacientes e da doença; os fatores externos,

que fogem do controle da organização, como o meio ambiente e as políticas legislativas e os fatores do sistema operativo, como o ambiente em torno do trabalho e o nível de preocupação com a segurança do paciente (OMS, 2009). As causas dos eventos investigados estão desse modo caracterizados e descritos na tabela 4.

**Tabela 4** – Causas dos incidentes/eventos adversos ocorridos no hospital.

<b>Elementos centrais das causas dos eventos</b>	<b>n = 543</b>	<b>%</b>
Fatores humanos	443	81,58
Fatores externos	71	13,08
Fatores do sistema operativo	29	5,34

Nossa pesquisa demonstrou que os fatores humanos foram os mais prevalentes nas causas dos eventos investigados. Na área de saúde, o erro humano está atrelado a múltiplos fatores, que variam desde causas específicas ao próprio paciente, institucionais, financeiras, estruturais, e de fatores humanos, como a falta de conhecimento e habilidades. Desta forma, é inevitável concluir que a melhor maneira de prevenção do erro humano é conhecer a possibilidade de sua ocorrência, bem como saber caracterizar, e relacionar suas causas e consequências (GUISE, 2014; PEREIRA, 2014).

A literatura identifica como principais fatores que contribuíram para a ocorrência de eventos adversos o déficit no cumprimento das normas e rotinas institucionais, déficit de supervisão de enfermagem e inexperiência profissional (TOFFOLETTO, 2013). A ação inadequada e a omissão, por parte do profissional de saúde, podem expor o paciente a riscos por negligência, imprudência ou imperícia (FREITAS, 2007).

Utilizando uma abordagem mais abrangente, e, portanto sistêmica, é entendido que os erros estão frequentemente associados a sistemas defeituosos e processos falhos, o que proporciona sua análise por intermédio de um paradigma o qual reconhece a condição humana como predisposta a cometer falhas e conclui que a segurança depende da criação de sistemas que antecipem esses erros e que os previnam ou que os percebam antes que eles causem danos (WACHTER, 2013; PEREIRA, 2014).

Em trabalho realizado por Duarte, as principais causas citadas para a ocorrência dos eventos adversos foram fatores específicos ao gerenciamento do serviço e da assistência da

equipe, como o déficit de pessoal, sobrecarga de trabalho, problemas de relacionamento entre a equipe multiprofissional, falta de liderança e de supervisão adequada. (DUARTE, 2015).

Existe ainda, a negligência dos eventos adversos de carácter social devido à cultura punitiva ainda vigente. Sendo grande a dificuldade em aceitar o erro por temer o castigo e incompreensão social (BEZERRA, 2009; SCHATKOSKI, 2009; TOFFOLETTO, 2013).

O processo de prevenção do erro humano é feito com transformações culturais e, dessa forma, com a otimização das ações na identificação dos erros, sendo fundamental que a liderança acredite em uma cultura não punitiva, de modo a aplicar uma abordagem sistêmica ao erro. Os membros da equipe precisam se sentir seguros ao notificar o erro e quando o fizerem devem ser recompensados, não repreendidos e punidos (FASSINI, 2012).

Durante exploração do banco de dados do NSP e dos prontuários podemos perceber que existem anotações “padrão” por parte do NSP para documentar as intervenções realizadas nos setores do hospital onde ocorreram os incidentes/eventos adversos. Após o conhecimento da ocorrência do evento adverso por parte da equipe, seja por notificação da equipe de assistência, ou através de busca ativa, o NSP visita o setor apurando o evento ocorrido, entrevistando funcionários envolvidos, investigando os processos e os problemas ocorridos. Após a completa apuração do evento e consequente identificação das falhas no processo, a equipe do NSP reúne a equipe/funcionários envolvidos e faz orientações de adequação de manuseio desses processos. Conforme informado pelo NSP a esta equipe de pesquisa, quando ocorre um número exacerbado ou recorrente de determinado evento em um setor, o NSP programa ações de reciclagem e capacitação de profissionais, atores na mitigação de erros e no aprimoramento da qualidade assistencial.

Neste contexto procuramos exemplificar as principais ações/orientações realizadas pela equipe do NSP. A tabela 5 abrange 70% (n=528) das categorias dos eventos encontrados (n754) e expostos na tabela 3.

**Tabela 5 – Ações/intervenções realizadas pelo núcleo de segurança do paciente para redução de riscos dos incidentes/eventos adversos do tipo assistenciais.**

<b>Cuidado/assistência ao paciente (n=201) 38,07%</b>	
<b>Evento</b>	<b>Orientações</b>
Perda de sondas, cateteres, drenos	Conscientização do paciente a não manipular sondas, cateteres
	Otimização da analgesia, realização de radiografia para avaliar o posicionamento e avaliação diária da fixação
	Melhorar diluição dos comprimidos, lavar equipo após a administração de dietas e avaliar fórmula de dietas
	Avaliação médica quanto a necessidade de otimizar uso de medicações psicotrópicas
	Manter lavagem da sonda com água após dieta
	Verificação de funcionamento de sondas, cateteres, drenos
	Avaliação quanto a necessidade de sedação/ contenção de paciente
Pneumonia por broncoaspiração	Elevação de cabeceira, avaliar estado de consciência de paciente e necessidade de sondagem
Laceração em parto normal	Realização de episiotomia
Lipotimia ao deambular após procedimento cirúrgico	Avaliação do quadro nutricional e neurológico
Crise convulsiva em vigência de hipoglicemia severa	Controle glicêmico mais frequente
<b>Úlceras por pressão (n=93) = 17,61%</b>	
<b>Evento</b>	<b>Orientações</b>
Úlcera de Pressão	Realização curativo para proteção do membro
	Troca do colchão
Evolução de grau de úlcera	Intensificação da mudança de decúbito
<b>Processo clínico (n=86) = 16,10%</b>	
<b>Evento</b>	<b>Orientações</b>

Tromboembolismo pulmonar	Realização de tomografia computadorizada, monitorização cardíaca, instalação de máscara de Venturi e iniciar anticoagulante
Tentativa de autoextermínio	Transferência do paciente para o piso térreo
Presença de inseto em incubadora	Realizado troca de incubadora

**Infecção hospitalar (n=56) = 10,61%**

<b>Evento</b>	<b>Orientações</b>
Infecção de lesão de pressão	Realizar antibioticoterapia
Infecção de sítio cirúrgico	Retirada de tela infectada

**Procedimentos cirúrgicos (n=30) = 5,86%**

<b>Evento</b>	<b>Orientações</b>
Deiscência de ferida operatória	Reabordagem e colocação de tela
Deiscência de aponeurose	Reabordagem cirúrgica
Choque hipovolêmico intraoperatório	Não informado
Confecção de estoma muito próximo a ferida operatória e fístula mucosa	Não informado

**Administração de dietas (n=18) = 3,41%**

<b>Evento</b>	<b>Orientações</b>
Amamentação cruzada	Não informado
Paciente não respeitou as orientações de dieta	Não informado

**Queda dos pacientes (n=11) = 2,08%**

<b>Evento</b>	<b>Orientações</b>
Queda em quarto por haver urina no chão	Otimização do serviço de limpeza
Queda por chão molhado	Não informado
Queda pós cirurgia	Auxiliar pacientes ao deambular

<b>Equipamentos médicos (n=11) = 2,08%</b>	
<b>Evento</b>	<b>Orientações</b>
Reação alérgica ao material utilizado	Trocado membro da pulseira e forrada com esparadrapo a parte de contato com a pele
Impossibilidade de realização de exame de imagem devido a ausência de ar-condicionado	Chamada manutenção
Falta de medicamento	Não informado
<b>Identificação do paciente (n=9) = 1,70%</b>	
<b>Evento</b>	<b>Orientações</b>
Troca de sexo no prontuário	Realizada correção junto à administração
Troca de SES no prontuário	Realizada correção junto à administração
Troca de nomes no prontuário	Realizada correção junto à administração
Perda de retalho	Não informado
<b>Medicações/fluídos endovenosos (n=3) = 0,57%</b>	
<b>Evento</b>	<b>Orientações</b>
Cefaléia pós raquianestesia	Realizada analgesia, elevação de cabeceira e hidratação
<b>Queimaduras (n=1) = 0,19%</b>	
<b>Evento</b>	<b>Orientações</b>
Não informado	Não informado

Cabe esclarecer que nas situações que está descrito "não informado" não consta informação em prontuário, porém o NSP tomou as devidas intervenções necessárias.

O Ministério da Saúde instituiu em 2013 o Programa Nacional de Segurança do Paciente, de maneira a implantar, de carácter obrigatório, os Núcleos de Segurança do Paciente em todos os estabelecimentos de saúde brasileiros; uma estratégia utilizada a fim de modificar o cenário de insegurança e desperdício na saúde (ALVES, 2013; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). É responsabilidade do NSP a formulação do Plano de Segurança do Paciente de forma a demonstrar comprometimento e planejamento institucional em sistematizar práticas que podem incorrer em riscos aos pacientes (PRATES, 2019).

A segurança do paciente é caracterizada como fundamental no que diz respeito a promoção de saúde e prestação da assistência aos pacientes, e uma vez que essa cultura seja menosprezada, a probabilidade de falhas, conseqüentemente, de eventos adversos, aumenta (SOUZA, 2019).

Os eventos mais frequentes encontrados neste estudo foram relacionados ao cuidado/assistência ao paciente (38,99%), úlceras por pressão (17,64%), processo clínico (16,05%) e infecção hospitalar (10,61%), que juntos totalizaram 83,29% dos eventos. Tais achados são em parte concordantes com a literatura, que reporta com mais frequência os eventos relacionados a falhas durante a assistência ao paciente (24,36%), úlceras por pressão (18,37%), quedas (11,26 %) e as falhas na identificação do paciente (7,93 %) (ANVISA, 2017). Maia et al. (2018), também encontraram as falhas durante a assistência, como a principal causa dos incidentes, cerca de metade dos eventos, ressaltando ainda, que estes provavelmente sofram subnotificações. No estudo apontado por Barros (2019), as falhas durante a assistência à saúde representam 20,26%, seguidas das úlceras por pressão 19,16%, falha na identificação do paciente 9,97%, quedas 9,15%, falhas na administração de dietas 7,82%, falhas nas atividades administrativas 2,50%, seguidas das queimaduras que são 2,05%.

Considerando que muitos dos eventos são evitáveis, sobretudo àqueles relacionados à assistência ao paciente, a adoção de medidas preventivas voltadas para a redução de sua probabilidade de ocorrência pode evitar danos e prejuízos causados a esses pacientes e familiares, além de ter um elevado impacto financeiro para os sistemas de saúde (COUTO; PEDROSA; ROSA, 2016; FURINI, 2018; WATCHER, 2013).

Para prevenir e evitar a ocorrência destes eventos, é necessário avaliar as causas, assim como fatores humanos e estruturais envolvidos nesse processo de modo a permitir a implementação de barreiras de prevenção e diminuir os riscos para os pacientes (ANVISA, 2013).

De acordo com a ANVISA (2017), os eventos relacionados ao cuidado do paciente mais comumente encontrados são a perda ou obstrução de sondas (21,62%), flebites (15,94%) e outras notificações envolvendo cateter venoso (14,95%). Estes dados são semelhantes aos encontrados nesta pesquisa.

Os eventos adversos relacionados à flebite são de considerável importância; estudos utilizam os dados desses eventos como de grande relevância para avaliação da qualidade da assistência, uma vez que são de fácil detecção e registro, os quais geram indicadores de alta

sensibilidade e efetividade, rotineiramente utilizados como ferramentas de melhoria contínua de qualidade de cuidado do paciente (DE ASSIS, 2012).

O manejo inadequado de dispositivos tubulares retrata a capacidade da assistência de enfermagem, os quais expõem os pacientes a eventos adversos evitáveis. A frequência dessas ocorrências é diretamente relacionada ao quantitativo inadequado de pessoal, qualificação e treinamento ineficazes assim como baixa orientação a pacientes e familiares (PARANAGUÁ, 2013).

Os eventos relacionados à incidência de extubação não planejada da cânula endotraqueal e à incidência de Perda de Cateter Venoso Central foram pouco prevalentes neste trabalho, fato que corrobora com a literatura (LIMA; BARBOSA, 2015; PEDROLO et al., 2011).

Neste estudo, 17,4% dos pacientes desenvolveram úlcera por pressão. Estes valores são inferiores a valores encontrados no estudo de Gomes (2010), que identificou incidência entre 31% e 62,5%. Na literatura, a incidência de úlcera por pressão varia entre 3,3% a 19,6% (GRIFFIN, 2015; ROQUE; TONINI; MELO, 2016). Destaca-se o estudo de Forster et al. (2011), que não identificou ocorrência deste evento em unidade canadense, fato contrastante para a realidade brasileira.

Um evento adverso comum entre os pacientes é a queda. Possui incidência de 12,4% em ambiente hospitalar e pode ser evitado através de programas de prevenção e acompanhamento do paciente pela equipe de enfermagem, assim como melhorias da estrutura hospitalar (DICCINI, 2008). Neste trabalho, a incidência de queda como evento adverso constituiu 1,99% dos eventos, abaixo da média da literatura. Considerando o evento de queda em pacientes hospitalizados, a literatura (ANVISA, 2017) registra que 29,06% dos pacientes caíram da cama e 27,25% sofreram quedas no banheiro.

Eventos relacionados com identificação do paciente, embora pouco presente neste trabalho (1,59%), é de grande importância, pois a valorização da identificação do paciente pode resultar em numerosos eventos adversos (MIASSO, 2000). Um fator apontado na literatura como o mais frequente relacionado a identificação foi a falta de pulseiras, fato não encontrado no presente estudo.

Identificamos 80 eventos adversos de infecção associada aos cuidados de saúde, correspondendo a uma proporção de 10,61% do total de casos. Infecção de sítio cirúrgico

(16,87%), pneumonia (13,75%) e infecção de sonda vesical (6,87%) foram os tipos mais frequentes encontrados (CHITTICK, 2010).

Segundo o Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos, infecção hospitalar são infecções que pacientes podem adquirir enquanto recebem tratamento médico em uma unidade de saúde (CDC, 2018).

Dados referentes à IH são pouco divulgados no Brasil (DE OLIVEIRA, 2015; FONSECA, 2015), os índices destas infecções são elevados nos hospitais brasileiros (ELIETE BATISTA MOURA et al., 2007). A infecção hospitalar cresce constantemente, gerando um custo de tratamento três vezes maior quando comparados a pacientes que não adquiriram uma infecção (LIMA, 2018). A esse custo soma-se atendimentos mais onerosos, necessidade de mais medicações, procedimentos e aumento da permanência hospitalar (DA SILVA, 2017; NEGREIROS, 2016). As infecções hospitalares mais frequentes são a pneumonia, infecção de trato urinário, infecção de sítio cirúrgico e infecção de corrente sanguínea (DE SOUSA; DE OLIVEIRA; MOURA, 2017).

Um total de 5,70% (n=43) dos eventos investigados foram relacionados ao Centro Cirúrgico, sendo o mais comum a deiscência de ferida operatória (n=21). Nos pacientes internados pela cirurgia, a infecção hospitalar de sítio cirúrgico foi o evento mais prevalente (n=27). Dentre os eventos adversos que ocorrem mais comumente em pacientes cirúrgicos, a OMS cita: infecção do sítio cirúrgico; cirurgias realizadas em sítio errado; complicações anestésicas; corpo estranho deixado no corpo do paciente durante o procedimento; deiscência da ferida operatória; desordens metabólicas e fisiológicas; embolia pulmonar; trombose venosa profunda, hemorragias, hematomas, queimaduras, dentre outros (ALMEIDA, 2004). Segundo ANVISA (2017), 1,29% das notificações são referentes a lesões cirúrgicas que relataram deiscência como a mais comum.

No presente estudo, apenas 1,99% dos eventos investigados foram relacionados a equipamentos médicos. Entre os equipamentos médicos mais utilizados em serviços de saúde encontram-se cânulas, cateteres, drenos, sondas, instrumentais cirúrgicos, entre outros. Esses produtos conferem um risco elevado para ocorrência de eventos adversos, exemplificado por meio de incidentes, como: a extubação não programada de cânula endotraqueal; a saída não planejada de sonda oro/nasogastroenteral; a perda de cateter venoso periférico e central e arterial; a perda de drenos; os instrumentais cirúrgicos com sujidade após processo de esterilização, dentre outros (XELEGATI, 2019). É relevante considerar a saída não planejada de

sonda oro/nasogastroenteral como um indicador de qualidade de significativa relevância, uma vez que a nutrição insuficiente ou inadequada pode estender o tempo de internação e agravar o quadro clínico do paciente, causando danos irreversíveis (SERAFIM, 2017).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A Saúde tem sido considerada como um bem especial através dos tempos. É considerada direito do cidadão e engloba diversos aspectos além da ausência de doenças. A presente pesquisa demonstrou que mais de 80% dos eventos foram causados por fatores humanos e um maior número de eventos em alas de internação, dados essenciais para se entender a problemática deste tema.

Até o momento, mesmo com esforços nacionais e internacionais, a grande parte das pesquisas corresponde a estudos retrospectivos, baseados em revisões de prontuários ou partir de recuperação de dados e registros eletrônicos. Nesse sentido, os resultados encontrados subestimam a verdadeira ocorrência de eventos adversos, pois nem todas as complicações sofridas pelos pacientes são registradas nos prontuários. Seguramente as taxas reais de ocorrência destes eventos são ainda mais alarmantes. Segundo Novaretti, 2014 aproximadamente 6,3% desses eventos são registrados em prontuários espontaneamente. Muitas vezes a qualidade das notificações realizadas é ruim e não há clareza quanto ao caso relatado (BEZERRA et al., 2009), fato que prejudica a devida apuração da ocorrência.

Segundo Lima, é necessário que mais estudos sobre o tema sejam realizados. Conhecer, estudar, gerenciar e controlar os principais fatores de risco dos eventos adversos proporciona à equipe multidisciplinar realizar a implementação de medidas preventivas eficientes e tratamentos direcionados. As evidências científicas tendem a funcionar como estímulo a busca de aprendizado e uma maneira de conscientização para esses profissionais. Na intenção ao cuidado excelente e de qualidade, a prevenção dos eventos adversos é um dos maiores desafios e metas a ser cumprida pelos profissionais da assistência (LIMA, 2015).

Entretanto, a necessidade de ampliar a divulgação da problemática exposta, seus riscos, morbidade e mortalidade, medidas de prevenção e orientação de modelos cada vez mais eficazes na resolução dos eventos adversos ainda necessitam ser implantadas no país.

Políticas que fortaleçam ações intersetoriais com definição de objetivos claros de ação e atribuições de atividades e responsabilidades e não apenas uma agregação formal de órgãos responsáveis, é o caminho para o enfrentamento da problemática dos eventos adversos. Essas

análises corroboram o entendimento de que a investigação das diversas situações que envolvem os eventos adversos e o acurado registro epidemiológico da população vitimada são esforços de reconhecida importância para o enfrentamento desse importante problema de saúde pública.

## REFERÊNCIAS

ADAMY, Edlamar Kátia et al. Reflexão acerca da interface entre a segurança do paciente e o processo de enfermagem. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, v. 7, n. 1, 2018.

ADVERSOS, PREVALENCIA DE EFECTOS. Estudio IBEAS: prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. 2010.

ALMEIDA, Rosemary Terezinha de. Avaliação de tecnologia em saúde. Guimarães R, Angulo-Tuesta A, organizadores. *Saúde no Brasil: contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa*. Brasília: Ministério da Saúde, p. 177-98, 2004.

ALVES, Eduardo André Viana. Segurança do paciente: do erro à prevenção do risco. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, v. 2, n. 2, p. 723-733, 2013.

AMARAL, Robson Tostes et al. Riscos e ocorrências de eventos adversos na percepção de enfermeiros assistenciais. *Rev Rene (Online)*, p. e41302-e41302, 2019

ANDRADE, Luiz Eduardo Lima et al. Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, p. 161-172, 2018.

ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Boletim Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde nº 15: Incidentes Relacionados à Assistência à Saúde – 2016*. Brasília; 2017.

ANVISA. *Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática*. Série: Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília: ANVISA, 2013. Disponível em: .pdf. Acesso em: vários acessos.

BAKER, G. Ross et al. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *Canadian medical association journal*, v. 170, n. 11, p. 1678-1686, 2004.

BARROS, Claudia G. *Segurança do paciente como prioridade nas organizações hospitalares*. Apresentação do Hospital Albert Einstein, 2013.

BEZERRA, Ana Lúcia Queiroz et al. Análise de queixas técnicas e eventos adversos notificados em um hospital sentinela. 2009.

BRANDAO, M. G. S. A. ; BRITO, O. D. ; MENDES, A. M. V. ; FERNANDES, C. S. ; BARROS, L. M. . Classificação da complexidade assistencial de adultos atendidos em unidade de emergência. REVISTA ENFERMAGEM ATUAL IN DERME, v. 2019, p. 1-6, 2019.

BRANDÃO, Maria Gírlane Sousa Albuquerque; BRITO, Odézio Damasceno; BARROS, Lívia Moreira. Gestão de riscos e segurança do paciente: mapeamento dos riscos de eventos adversos na emergência de um hospital de ensino. Revista de Administração em Saúde, v. 18, n. 70, 2018.

BRASIL, M. S. Portaria nº. 529 de 1º. de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CAMARGO, A. L.; FERREIRA, M. B.C.; HEINECK, I. Adverse drug reactions: a cohort study in internal medicine units at a university hospital. European Journal of Clinical Pharmacology. Berlin, v. 62, n.2, p. 143-149, 2006.

CASSIANI, Silvia Helena De Bortoli. Enfermagem e a pesquisa sobre segurança dos pacientes. Acta Paulista de Enfermagem, v. 23, n. 6, p. vii-viii, 2010.

CDC. HAI Data and Statistics. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/hai/surveillance/index.html>>. Acesso em: 22 set. 2020

CHITTICK, Paul; SHERERTZ, Robert J. Recognition and prevention of nosocomial vascular device and related bloodstream infections in the intensive care unit. Critical care medicine, v. 38, p. S363-S372, 2010.

COSTA, Eliana Auxiliadora Magalhães; MOREIRA, Lícia Lígia; GUSMÃO, Maria Enoy Neves. Incidência de eventos adversos cirúrgicos em hospital dia. Vigilância Sanitária em Debate: Sociedade, Ciência & Tecnologia, v. 5, n. 2, p. 77-82, 2017.

COUTO, R.C; PEDROSA T.M.G; ROSA, M.B. Erros acontecem: a força da transparência no enfrentamento dos eventos adversos assistenciais em pacientes hospitalizados - Construindo um Sistema de Saúde mais seguro. INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR (IESS), Belo Horizonte, 2016.

COUTO, R.C. et al. Anuário da Segurança Assistencial Hospitalar no Brasil. INSTITUTO DE

ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR (IESS). 64p. Belo Horizonte, 2017.

DA COSTA RESENDE, Ana Lúcia et al. 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-e2222, 2020.

DA SILVA NOGUEIRA, Jane Walkiria; RODRIGUES, Maria Cristina Soares. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: um desafio para a segurança do paciente. *Cogitare Enfermagem*, v. 20, n. 3, 2015.

DA SILVA, Patrick Leonardo Nogueira; DE AGUIAR, André Luís Cardoso; GONÇALVES, Renata Patrícia Fonseca. Relação de custo-benefício na prevenção e no controle das infecções relacionadas à assistência à saúde em uma unidade de terapia intensiva neonatal. *Journal of Health & Biological Sciences*, v. 5, n. 2, p. 142-149, 2017.

DE ASSIS, Milaine Garcia; DE ASSIS, Marcio Antonio; AMATE, Flávio Cezar. Software para mapeamento dos riscos de úlcera por pressão, queda e flebite. *Journal of Health Informatics*, v. 4, 2012.

DE MAGALHÃES, Ana Maria Müller et al. Processos de medicação, carga de trabalho e a segurança do paciente em unidades de internação. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 49, p. 43-50, 2015.

DE OLIVEIRA, Francisco Roberto Pereira et al. Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e atuação do farmacêutico hospitalar: contexto e importância. *Boletim Informativo Geum*, v. 6, n. 3, p. 37, 2015.

DE SOUSA, Alvaro Francisco Francisco Lopes; DE OLIVEIRA, Layze Braz; MOURA, Maria Eliete Batista. Perfil epidemiológico das infecções hospitalares causadas por procedimentos invasivos em unidade de terapia intensiva. *Revista Prevenção de Infecção e Saúde*, v. 2, n. 1-2, p. 11-17, 2017.

DE VRIES, Eefje N. et al. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. *BMJ Quality & Safety*, v. 17, n. 3, p. 216-223, 2008.

DICCINI, Solange; PINHO, Priscila Gomes de; SILVA, Fabiana Oliveira da. Assessment of risk and incidence of falls in neurosurgical inpatients. *Revista latino-americana de enfermagem*, v. 16, n. 4, p. 752-757, 2008.

DONALDSON, Liam; PHILIP, Pauline. Patient safety: a global priority. *Bulletin of the World Health Organization*, v. 82, p. 892-892, 2004.

DUARTE, Sabrina da Costa Machado et al. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. *Revista brasileira de enfermagem*, v. 68, n. 1, p. 144-154, 2015.

ELIETE BATISTA MOURA, Maria et al. Infecção hospitalar: estudo de prevalência em um hospital público de ensino. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 60, n. 4, 2007.

FASSINI, Patricia; HAHN, Giselda Veronice. Riscos à segurança do paciente em unidade de internação hospitalar: concepções da equipe de enfermagem. *Revista de Enfermagem da UFSM, [S.l.]*, v. 2, n. 2, p. 290 - 299, ago. 2012.

FONSECA, Priscila Nayara de Oliveira et al. Causas de subnotificação de eventos adversos por profissionais de enfermagem: uma revisão integrativa. 2020.

FORSTER, Alan J. et al. Using prospective clinical surveillance to identify adverse events in hospital. *BMJ quality & safety*, v. 20, n. 9, p. 756-763, 2011.

FRANÇOLIN, Lucilena et al. Gerenciamento da segurança do paciente sob a ótica dos enfermeiros. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 49, n. 2, p. 277-283, 2015.

FREITAS, Genival Fernandes de; OGUISSO, Taka. Perfil de profissionais de enfermagem e ocorrências éticas. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 20, n. 4, p. 489-494, 2007.

FURINI, Aline Cristina Andrade. Notificação de eventos adversos: caracterização dos eventos ocorridos em um hospital universitário. 2018. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo

GOMES, Flávia Sampaio Latini et al. Fatores associados à úlcera por pressão em pacientes internados nos Centros de Terapia Intensiva de Adultos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 44, n. 4, p. 1070-1076, 2010.

GÖTTEMS, Leila Bernarda Donato et al. Estudio de los casos notificados como incidentes en un hospital público de 2011 a 2014. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 50, n. 5, p. 861-867, 2016.

GRIFFIN, Christopher C. et al. Pressure ulcer prevention: Effectiveness of heel off-loading methodologies. *Open Journal of Nursing*, v. 5, n. 10, p. 909, 2015.

GUISE, Jeanne-Marie et al. Agency for Healthcare Research and Quality Evidence-based Practice Center methods for systematically reviewing complex multicomponent health care interventions. *Journal of clinical epidemiology*, v. 67, n. 11, p. 1181-1191, 2014.

JHA, Ashish K. et al. The global burden of unsafe medical care: analytic modelling of observational studies. *BMJ Qual Saf*, v. 22, n. 10, p. 809-815, 2013.

KOHN, L.T., et al. *To err is human: building a safer health system*. Committee on quality of health care in America, Institute of Medicine. Washington (DC): National Academy Press; 2000.

KOLANKIEWICZ, Adriane Cristina Bernat et al. Cultura de segurança do paciente na perspectiva de todos os trabalhadores de um hospital geral. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 41, 2020.

LIMA, Camila Santos Pires; BARBOSA, Sayonara de Fátima Faria. Ocorrência de eventos adversos como indicadores de qualidade assistencial em unidade de terapia intensiva [Occurrence of adverse events as indicators of quality of care in an intensive care unit]. *Revista Enfermagem UERJ*, v. 23, n. 2, p. 222-228, 2015.

LIMA, MAÍRA FERREIRA PINTO et al. Staphylococcus aureus e as infecções hospitalares– Revisão de Literatura. *Revista Uningá Review*, v. 21, n. 1, 2018.

MAIA, Christiane Santiago et al. Notificações de eventos adversos relacionados com a assistência à saúde que levaram a óbitos no Brasil, 2014-2016. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 27, p. e2017320, 2018.

MATOS, Edney Nascimento. *Cultura de segurança dos pacientes por parte dos profissionais de saúde*. 2018.

MENESES, Suzana Maria de Oliveira Costa et al. Segurança do paciente na administração de quimioterápico. *Gep News*, v. 1, n. 1, p. 178-184, 2018.

MIASSO, Adriana Inocenti; CASSIANI, Silvia Helena De Bortoli. Erros na administração de medicamentos: divulgação de conhecimentos e identificação do paciente como aspectos relevantes. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 34, n. 1, p. 16-25, 2000.

MINELLO, Andrieli et al. Culture of patient safety and overload of work: perceptions of nursing workers. *Research, Society and Development*, v. 9, n. 6, p. 21963476, 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR); FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Ministério da Saúde, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União, 2013.

MOURA, G.M.S. de. Experiência: Monitoramento dos eventos adversos relacionados à assistência à saúde em Hospital Público no Brasil – Hospital de Clínicas de Porto Alegre –RS. 2014. Disponível em:<  
<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/monitoramento-dos-eventos-adversos-relacionados-a-assistencia-a-saude-em-hospitalpublico-no-brasil-2>>. Acesso em: vários acessos.

NEGREIROS, Rosangela Vidal et al. De olho na infecção: narrativa discente sobre o cotidiano do enfermeiro na Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH). Revista da Universidade Vale do Rio Verde, v. 14, n. 2, p. 946-954, 2016.

NOVARETTI, Marcia Cristina Zago et al. Sobrecarga de trabalho da Enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 67, n. 5, p. 692-699, 2014.

NPSF - NATIONAL PATIENT SAFETY FOUNDATION. Free from harm: accelerating patient safety improvement fifteen years after to err is human. Boston: National Patient Safety Foundation, 2015. 59p.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Estrutura conceitual da classificação internacional sobre segurança do doente. Relatório técnico final. Direção Geral da Saúde. 2011. 142p.

OMS, WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Summary of the evidence on patient safety: implications for research. 2008.

OMS, WORLD HEALTH ORGANIZATION. DEPT. OF VIOLENCE et al. Global status report on road safety: time for action. World Health Organization, 2009.

ORTEGA, Daniela Benevides et al. Análise de eventos adversos em pacientes internados em unidade de terapia intensiva. Acta Paulista de Enfermagem, v. 30, n. 2, p. 168-173, 2017.

PAGANI, Silvana; CROZETA, Karla; CRISIGIOVANNI, Alexandra Berndt Razeira. Cultura de segurança do paciente: avaliação de enfermeiros. Rev Rene, v. 20, p. 39782. 2019

PARANAGUÁ, Thatianny Tanferri de Brito et al. Prevalência de incidentes sem dano e eventos adversos em uma clínica cirúrgica. Acta Paulista de Enfermagem, v. 26, n. 3, p. 256-262, 2013.

PEDROLO, Edivane et al. Clinical controlled trial on central venous catheter dressings. *Acta paul enferm*, v. 24, n. 2, p. 278-83, 2011.

PEDRONI, Vitoria Sandri et al. Cultura de segurança do paciente na área materno-infantil de hospital universitário. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 41, 2020.

PEREIRA, Francisco Gilberto Fernandes; CAETANO, Joselany Áfio. O erro humano e a segurança do paciente nos serviços de saúde. *Rev. enferm. UFPI*, p. 115-119, 2014.

PORTO, S. et al. A magnitude financeira dos eventos adversos em hospitais no Brasil. *Rev. Port. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. temático, n.10, p.74-80, nov. 2010.

PRATES, Cassiana Gil et al. Núcleo de segurança do paciente: o caminho das pedras em um hospital geral. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 40, n. SPE, 2019

RAIMONDI, Daiane Cortêz; BERNAL, Suelen Cristina Zandonadi; MATSUDA, Laura Misue. Cultura de segurança do paciente na ótica de trabalhadores e equipes da atenção primária. *Revista de Saúde Pública*, v. 53, p. 42, 2019.

REIS, C.T.; MARTINS, M.; LAGUARDIA, J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. *Ciências Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 2029-2036, 2013

ROQUE, Keroulay Estebanez; MELO, Enirtes Caetano Prates. Tempo de internação e a ocorrência de eventos adversos a medicamentos: uma questão da enfermagem. *Escola Anna Nery*, v. 15, n. 3, p. 595-601, 2011

ROQUE, Keroulay Estebanez; TONINI, Teresa; MELO, Enirtes Caetano Prates. Eventos adversos na unidade de terapia intensiva: impacto na mortalidade e no tempo de internação em um estudo prospectivo. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 32, p. e00081815, 2016.

RUNCIMAN, William B.; MERRY, Alan F. A brief history of the patient safety movement in anaesthesia. In: *The Wondrous Story of Anesthesia*. Springer, New York, NY, 2014. p. 541-556.

SCHATKOSKI, Aline Modelski et al. Segurança e proteção à criança hospitalizada: revisão de literatura. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 17, n. 3, 2009.

SCHIESARI L, Qualidade e segurança no cuidado ao paciente: caderno do curso. In: Schiesari L, Petrolino HMBS, Silva SC, Bellusci SM, Borrasca VL. *Qualidade e Segurança no Cuidado ao*

Paciente. São Paulo: Ministério da Saúde, 2015.

SCHIØLER, T. et al. Incidence of adverse events in hospitals. A retrospective study of medical records. *Ugeskrift for laeger*, v. 163, n. 39, p. 5370-5378, 2001.

SERAFIM, Clarita Terra Rodrigues et al. Gravidade e carga de trabalho relacionadas a eventos adversos em UTI. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 70, n. 5, p. 942-948, 2017.

SHAHIN, Eman SM; DASSEN, Theo; HALFENS, Ruud JG. Pressure ulcer prevalence and incidence in intensive care patients: a literature review. *Nursing in critical care*, v. 13, n. 2, p. 71-79, 2008.

SILVA, L.A. da et al. Notificações de eventos adversos: caracterização de eventos ocorridos em uma instituição hospitalar. *Rev. Enferm. UFPE on line*. Recife, v. 8, n. 9, p. 3015-23, set. 2014.

SILVESTRE, Camila Carvalho et al. Repercussões Econômicas Resultantes do Elevado Número de Eventos Adversos em Ambiente Hospitalar. In: Congresso Internacional de Enfermagem. 2017.

SOUSA, P.; MENDES, W. (org.) Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. / organizado por. – Rio de Janeiro, EAD/ENSP, 2014. 452p.

SOUZA, Catharine Silva de et al. Cultura de segurança em unidades de terapia intensiva: perspectiva dos profissionais de saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 40, n. SPE, 2019.

STUQUE, Alyne Gonçalves. Proposição de protocolo de prevenção para úlcera por pressão para pacientes clínicos no contexto hospitalar. 2016. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

THOMAS, J. William; GUIRE, Kenneth E.; HORVAT, Gary G. Is patient length of stay related to quality of care?. *Journal of Healthcare Management*, v. 42, n. 4, p. 489, 1997.

TOFFOLETTO, María Cecilia; RUIZ, Ximena Ramirez. Improving patient safety: how and why incidences occur in nursing care. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 47, n. 5, p.1098-1105, 2013.

TOMLIN, Janice. The Deep Sleep: 6,000 will die or suffer brain damage. *WLS-TV Chicago*, v. 20, p. 20, 1982.

TYLL, Milene Gouvêa et al. Segurança do paciente: notificação de incidentes em hospitais de referência. *Enfermagem Brasil*, v. 18, n. 6, p. 730-736, 2020.

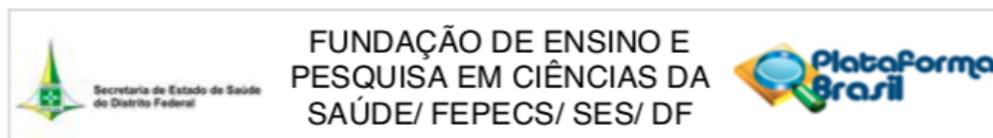
WACHTER, R.M. *Compreendendo a segurança do paciente*. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

XELEGATI, Rosicler et al. Eventos adversos relacionados ao uso de equipamentos e materiais na assistência de enfermagem a pacientes hospitalizados. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 53, 2019.

ZAMBON, Lucas Santos. *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. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

## ANEXOS

## Anexo 1a:



FUNDAÇÃO DE ENSINO E  
PESQUISA EM CIÊNCIAS DA  
SAÚDE/ FEPECS/ SES/ DF

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

Elaborado pela Instituição Coparticipante

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Investigação de eventos adversos assistenciais ocorridos em um hospital público de Brasília

**Pesquisador:** Fabiana Xavier Cartaxo Salgado

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 17697419.7.3001.5553

**Instituição Proponente:** Hospital Regional da Asa Norte - HRAN

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 3.711.144

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de respostas às pendências em parecer anterior:

Dados retirados do arquivo intitulado PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1446819.pdf  
06/11/2019 22:31:15

Resumo:

"A segurança do paciente é uma disciplina que enfatiza a segurança nos cuidados de saúde por meio da prevenção, redução, notificação e análise de erros que frequentemente levam a eventos adversos. Os danos causados pelos cuidados podem ser físicos ou emocionais e incapacitantes, o que eleva o custo do cuidado, aumentando a permanência hospitalar, podendo levar à morte prematura."

Hipótese:

"Eventos adversos ocorridos durante a assistência de saúde, podem produzir consequências que reverberam sobre o tratamento, recuperação e prognóstico dos pacientes."

Metodologia:

"Trata-se de uma proposta de estudo transversal, descritivo de caráter retrospectivo".

Critérios de inclusão e exclusão:

**Endereço:** SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

**Bairro:** ASA NORTE

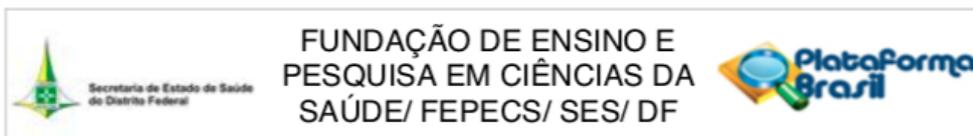
**UF:** DF

**Município:** BRASILIA

**CEP:** 70.710-904

**Telefone:** (61)2017-2127

**E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.711.144

Outros	Termo_de_anuencia_institucional.pdf	12/07/2019 14:21:59	Fabiana Xavier Cartaxo Salgado	Aceito
Outros	Curriculo_do_Sistema_de_Curriculos_Lattes_Victor_Guimaraes_Antonio_da_Silva.pdf	09/07/2019 18:44:38	Fabiana Xavier Cartaxo Salgado	Aceito
Outros	Curriculo_do_Sistema_de_Curriculos_Lattes_Filipe_Aurelio_de_Sa_Aquino.pdf	09/07/2019 18:43:37	Fabiana Xavier Cartaxo Salgado	Aceito
Outros	Curriculo_do_Sistema_de_Curriculos_Lattes_Fabiana_Xavier_Cartaxo_Salgado.pdf	09/07/2019 18:42:46	Fabiana Xavier Cartaxo Salgado	Aceito
Outros	Carta_de_encaminhamento_do_projeto_ao_CEP.pdf	09/07/2019 18:42:18	Fabiana Xavier Cartaxo Salgado	Aceito
Outros	Requerimento_de_dispensa_de_TCLE.pdf	09/07/2019 18:41:56	Fabiana Xavier Cartaxo Salgado	Aceito
Outros	Termo_de_compromisso_do_pesquisador.pdf	09/07/2019 18:41:22	Fabiana Xavier Cartaxo Salgado	Aceito
Outros	ANEXO_2_TIPOS_DE_INCIDENTES_E_EVENTOS_ADVERSOS.docx	08/07/2019 22:41:32	Fabiana Xavier Cartaxo Salgado	Aceito
Outros	ANEXO_1_Manual_de_verificacao_de_seguranca_cirurgica.docx	08/07/2019 22:40:52	Fabiana Xavier Cartaxo Salgado	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BRASILIA, 18 de Novembro de 2019

---

**Assinado por:**  
**Laiza Magalhães de Araújo**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS  
**Bairro:** ASA NORTE **CEP:** 70.710-904  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)2017-2127 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com

## Anexo 1b:

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE  
BRASÍLIA - UNICEUB



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Investigação de eventos adversos assistenciais ocorridos em um hospital público de Brasília

**Pesquisador:** Fabiana Xavier Cartaxo Salgado

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 17697419.7.0000.0023

**Instituição Proponente:** Centro Universitário de Brasília - UNICEUB

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 3.616.848

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de pesquisa cujo escopo consiste em investigar os eventos adversos assistenciais ocorridos em um hospital público de Brasília. Trata-se de uma proposta de estudo transversal, descritivo de caráter retrospectivo e prospectivo, realizado no Hospital Regional da Asa Norte (HRAN) da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. A coleta de dados compreenderá o período de janeiro de 2018 a dezembro de 2019 e será realizada através de exploração do banco de dados do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente.

Quanto aos critérios de inclusão, o pesquisador informa que serão inclusos pacientes de ambos os sexos e sem discriminação de idade, que tenham sido vítimas de incidentes/eventos adversos do tipo assistenciais ocorridos no hospital.

**Objetivo da Pesquisa:**

O objetivo primário da pesquisa consiste em investigar os eventos adversos assistenciais ocorridos em um hospital público de Brasília.

Os objetivos secundário são: caracterizar dos incidentes/eventos adversos ocorridos no hospital; Investigar as causas dos incidentes/eventos adversos ocorridos no hospital; Investigar as consequências dos incidentes/eventos adversos ocorridos no hospital sobre os pacientes; Investigar o perfil dos pacientes vítimas de incidentes/eventos adversos; Conhecer as

**Endereço:** SEPN 707/907 - Bloco 6, sala 6.205, 2º andar

**Bairro:** Setor Universitário

**CEP:** 70.790-075

**UF:** DF

**Município:** BRASÍLIA

**Telefone:** (61)3966-1511

**E-mail:** cep.uniceub@uniceub.br

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE  
BRASÍLIA - UNICEUB



Continuação do Parecer: 3.616.848

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BRASILIA, 02 de Outubro de 2019

---

**Assinado por:**  
**Marília de Queiroz Dias Jacome**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** SEPN 707/907 - Bloco 6, sala 6.205, 2º andar

**Bairro:** Setor Universitário

**CEP:** 70.790-075

**UF:** DF

**Município:** BRASILIA

**Telefone:** (61)3966-1511

**E-mail:** cep.uniceub@uniceub.br