



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS - UFAL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM - EENF  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - PPGENF

VÍVIAN MAYARA DA SILVA BARBOSA

**EVENTOS ADVERSOS DECORRENTES DO PROCESSO DE TRABALHO EM  
ENFERMAGEM**

MACEIÓ - AL  
2020

VÍVIAN MAYARA DA SILVA BARBOSA

**EVENTOS ADVERSOS DECORRENTES DO PROCESSO DE TRABALHO EM  
ENFERMAGEM**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem, da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal de Alagoas como requisito para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

**Área de Concentração:** Enfermagem no cuidado em saúde e na promoção da vida.

**Linha de Pesquisa:** Enfermagem, Vida, Saúde, Cuidado dos Grupos Humanos.

**Orientadora:** Profa. Dra. Patrícia de Carvalho Nagliate.

**Catálogo na fonte**  
**Universidade Federal de Alagoas**  
**Biblioteca Central**  
**Divisão de Tratamento Técnico**

Bibliotecário: Marcelino de Carvalho Freitas Neto – CRB-4 – 1767

B238e    Barbosa, Vivian Mayara da Silva.  
          Eventos adversos decorrentes do processo de trabalho em enfermagem / Vivian  
          Mayara da Silva Barbosa. - 2020.  
          81 f.

Orientadora: Patrícia de Carvalho Nagliate.  
          Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Alagoas.  
          Escola de Enfermagem. Maceió, 2020.

Bibliografia: f. 61-76.  
          Apêndices: f. 78.  
          Anexos: f. 80-81.

1. Enfermagem. 2. Assistência à saúde - Qualidade. 3. Segurança do paciente. 4.  
Enfermagem - Trabalhadores - Disciplina. I. Título.

CDU: 616-083:174

## Folha de Aprovação

**AUTOR:** VÍVIAN MAYARA DA SILVA BARBOSA

### **EVENTOS ADVERSOS DECORRENTES DO PROCESSO DE TRABALHO EM ENFERMAGEM**

Dissertação submetida ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas e aprovada em 30 de junho de 2020.



---

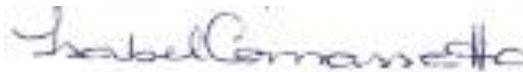
Dr.<sup>a</sup> Patrícia de Carvalho Nagliate  
(Orientadora)

#### **Banca Examinadora:**



---

Dr.<sup>a</sup> Amanda Cavalcante de Macêdo  
Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (Examinador Externo)



---

Dr.<sup>a</sup> Isabel Comassetto  
Universidade Federal de Alagoas (Examinador Interno)

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por abençoar e iluminar os meus passos.

A minha mãe (*In Memoriam*) por ser meu maior exemplo de resiliência e amor incondicional, Deus não lhe permitiu ver a continuidade do meu trajeto, mas suas orações me trouxeram até aqui.

A minha avó Odete, por todo carinho e paciência, meu exemplo de perseverança e fortaleza.

A minha irmã Aleksandra, por seu apoio e aos meus sobrinhos Filipe e Mariana, por me mostrarem a aventura e o prazer que é ser tia.

Aos meus amigos, por todo incentivo, em especial a Bárbara Oliveira, John Victor e Roberta Folha.

A *Tulipa*, que tornou esse percurso mais leve, lembrando-me que o tempo é a variável mais importante.

Ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem, em especial a secretária, Monique Godoi, por todo apoio.

Aos colegas da turma do Mestrado, pelos momentos que aprendemos e crescemos juntos.

Aos professores que tanto contribuíram com meu aprendizado, e me direcionaram a vida acadêmica.

Aos meus estudantes, por toda paciência, e acolhimento.

E finalmente, a minha orientadora Patrícia Nagliate, por seu incentivo, paciência, ensino e acolhimento. Obrigada por todos os conselhos e aprendizados.

O presente trabalho foi realizado com apoio **da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.**

A todos aqueles que, de alguma maneira, contribuíram para a realização deste trabalho, registro minha gratidão.

## RESUMO

Esta pesquisa traz como objeto de estudo os eventos adversos que desencadearam a abertura de Processos Ético Disciplinares e sua relação com o processo de trabalho em Enfermagem. A ocorrência de eventos adversos devido a cuidados inseguros é uma das dez principais causas de morte e invalidez no mundo, e é considerado um problema de saúde global em que um incidente imprevisto e indesejável na assistência a saúde, resulta em danos desnecessários ao paciente. Estima-se que nos países de alta renda, um em cada dez pacientes seja prejudicado ao receber cuidados hospitalares. Os erros mais prejudiciais estão relacionados ao diagnóstico, prescrição e uso de medicamentos. Sendo assim, foi formulada a seguinte pergunta de pesquisa: “Quais as características dos eventos adversos que desencadearam a abertura de Processos Ético Disciplinares e como se relacionam com o processo de trabalho em Enfermagem?”. Para responder essa pergunta, este estudo teve como objetivo analisar as características dos eventos adversos que desencadearam a abertura de Processos Ético Disciplinares e discutir sua relação com o processo de trabalho em Enfermagem. Trata-se de um estudo retrospectivo, exploratório-descritivo, transversal do tipo documental, com abordagem qualitativa, desenvolvido a luz do referencial da cultura de segurança do paciente. O recorte temporal final estabelecido foi de 2009 a 2017. Os dados foram coletados entre os meses de fevereiro a outubro de 2019, após a aprovação do Comitê de Ética com o protocolo de número CAAE 02845418.0.0000.5013. Foram identificados 60 processos éticos em posse da autarquia e destes sete eram decorrentes de eventos adversos. A maior parte dos envolvidos nos processos éticos foram profissionais do nível médio, seguido por profissionais do nível superior. A análise dos eventos adversos revelou uma predominância de casos ocorridos em Unidades de Atenção Básica. E em sua maioria, os eventos adversos estavam relacionados aos erros do tipo de habilidade, descumprimento de regras ou normas, e desconhecimento da técnica, tendo como principal foco os erros relacionados a medicação. Diante a complexidade da assistência à saúde, ter ciência do quantitativo de eventos adversos que geraram processos éticos e a forma como foram conduzidos em seu julgamento serve como contributo para auxiliar nas fragilidades encontradas na comum abordagem individual ao erro, que comprometem todo o processo de julgamento à luz da cultura de segurança, bem como da cultura justa e fomentam a cultura do medo.

**Descritores:** Enfermagem. Qualidade da Assistência à Saúde. Segurança do Paciente. Eventos Adversos. Processo de Trabalho.

## ABSTRACT

This research brings as its object of study the adverse events that triggered the opening of Disciplinary Ethical Processes and its relationship with the nursing work process. The occurrence of adverse events due to unsafe care is one of the top ten causes of death and disability in the world, and is considered a global health problem in which an unforeseen and undesirable incident in healthcare, results in unnecessary harm to the patient. It is estimated that in high-income countries, one in ten patients is harmed when receiving hospital care. The most harmful errors are related to diagnosis, prescription and use of medications. Therefore, the following research question was asked: “ What are the characteristics of adverse events that triggered the opening of Disciplinary Ethical Processes and how are they related to the nursing work process? ” ” To answer this question, this study aimed to analyze the characteristics of adverse events that triggered the opening of Disciplinary Ethical Processes and to discuss their relationship with the nursing work process. This is a retrospective, exploratory-descriptive, cross-sectional, documentary study, with a qualitative approach, developed in the light of the referential of the patient safety culture. The final time frame established was from 2009 to 2017. Data were collected between February and October 2019, after approval by the Ethics Committee with protocol 02845418.0.0000.5013. 60 ethical processes in possession of the municipality were identified and of these seven were due to adverse events. Most of those involved in ethical processes are eight middle school professionals, followed by four higher level professionals. The analysis of adverse events revealed a predominance of cases that occurred in Primary Care Units. Most of them were related to skill, non-compliance with rules or norms and lack of knowledge of the technique. Given the complexity of health care, being aware of the amount of adverse events that generated ethical processes and the way they were conducted in their judgment serves as a contribution to assist in the weaknesses found in the common individual approach to error, which compromise the entire judgment process in the light of the Just Culture, and foster the culture of fear.

**Descriptors:** Nursing. Quality of Health Care. Patient Safety. Adverse Events. Work Process.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT Associação Brasileira de Normas Técnicas  
ANVISA Agência Nacional de Vigilância Sanitária  
CAAE Certificado de Apresentação de Apreciação Ética  
CEE Comissão de Ética de Enfermagem  
CIPE Comissão de Instrução de Processos Éticos  
CEPE Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem  
CNS Conselho Nacional de Saúde  
COFEN Conselho Federal de Enfermagem  
COREN-PE Conselho Regional de Enfermagem de Pernambuco  
COREN-MG Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais  
CPSI Canadian Patient Safety Institute  
EA Evento Adverso  
EPS Educação Permanente em Saúde  
EUA Estados Unidos da América  
EUNetPaS European Network for Patient Safety Project  
FIOCRUZ Fundação Oswaldo Cruz  
HSOPSC Hospital Survey on Patient Safety Culture  
HUB Hospital Universitário de Brasília  
ICPS International Classification for Patient Safety  
IOM Institute of Medicine  
IRAS Infecção Relacionada à Assistência em Saúde  
JCI Joint Commission International  
MS Ministério da Saúde  
NOTIVISA Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária  
NSP Núcleo de Segurança do Paciente  
OMS Organização Mundial de Saúde  
PAD Processo Administrativo  
PED Processo Ético Disciplinar  
PNSP Programa Nacional de Segurança do Paciente  
RDC Resolução da Diretoria Colegiada  
SAE Sistematização da Assistência de Enfermagem



SAQ Safety Attitudes Questionnaire

SNVS Sistema Nacional de Vigilância Sanitária

UTI Unidade de Terapia Intensiva

UBS Unidade Básica de Saúde

UFAL Universidade Federal de Alagoas

WHO World Health Organization

## SUMÁRIO

<b>1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS .....</b>	<b>11</b>
<b>2 PERCURSO TEÓRICO-METODOLÓGICO.....</b>	<b>14</b>
<b>3 CAPÍTULO 1 - SEGURANÇA NA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE, EVENTOS ADVERSOS E A CULTURA DE SEGURANÇA.....</b>	<b>17</b>
3.1 Segurança do paciente .....	17
3.2 Eventos adversos na saúde .....	20
3.3 Cultura de segurança e cultura justa.....	22
<b>4 CAPÍTULO 2 - PROCESSO DE TRABALHO EM ENFERMAGEM, ERRO HUMANO E O PAPEL DA AUTARQUIA DIANTE DO ERRO E SUA LIGAÇÃO À CULTURA PUNITIVA .....</b>	<b>30</b>
4.1 Processo de trabalho em enfermagem.....	30
4.2 Erro humano na assistência à saúde .....	31
4.3 O papel da autarquia diante do erro e sua ligação à cultura punitiva.....	33
<b>5 CAPÍTULO 3 - CARACTERÍSTICAS DOS PROCESSOS ÉTICO DISCIPLINARES E DOS EVENTOS ADVERSOS.....</b>	<b>36</b>
<b>6 CAPÍTULO 4 - RELAÇÃO DOS EVENTOS ADVERSOS COM O PROCESSO DE TRABALHO EM ENFERMAGEM.....</b>	<b>48</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>60</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>62</b>
<b>APÊNDICE A INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS .....</b>	<b>78</b>
<b>ANEXO A CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA .....</b>	<b>80</b>
<b>ANEXO B DECLARAÇÃO COREN.....</b>	<b>81</b>

## 1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Esta pesquisa traz como objeto de estudo os Eventos Adversos (EA) que desencadearam a abertura de Processos Ético Disciplinares (PED) e sua relação com o processo de trabalho em Enfermagem.

A ocorrência de EA resultantes de incidentes relacionados à assistência a saúde é uma das dez principais causas de morte e invalidez no mundo (WHO, 2009). Evidências recentes sugerem que 134 milhões de EA ocorrem a cada ano devido a cuidados inseguros, em que a maioria dos EA que atingem ao paciente são relacionados a medicamentos, cirurgias, exames diagnósticos e erros laboratoriais, estando o grau de dano associado a problemas de comunicação, ausência ou deficiência de protocolos e uma má cultura de segurança (GUERRA-GARCÍA et al., 2018).

De acordo com a *World Health Organization* (WHO), um incidente é um evento ou circunstância que resultou em danos desnecessários ao paciente. Conforme suas consequências, os incidentes relacionados à assistência à saúde são classificados como: 1) circunstância notificável, que é um incidente notificável, em que há potencial para a ocorrência de dano, mas foi identificado e evitado; 2) *near miss*, quando o incidente não chegou a atingir o paciente, pois o erro foi identificado previamente; 3) incidente sem dano, que apesar de atingir o paciente, não resulta em dano, mas constitui-se um risco para tal e 4) incidente com dano, que é o evento adverso que obrigatoriamente resulta em dano ao paciente (WHO, 2009).

A vigilância e o monitoramento desses incidentes podem ser fundamentais para associar os resultados obtidos, com as medidas de prevenção pertinentes a cada caso, detectando riscos no cuidado, determinando as causas dos EA, notificando as ocorrências, e propondo práticas seguras para a redução dos riscos e a segurança do paciente em serviços de saúde (WHO, 2019). Como resultado das notificações realizadas no sistema de Notificações para a Vigilância Sanitária (NOTIVISA), tem-se registrado apenas no mês de dezembro de 2019, um total de 14.064 incidentes notificados no Brasil, e destes 84 incidentes ocorreram em Alagoas (BRASIL, 2019).

Com o aumento gradual da complexidade da assistência em saúde, eleva-se também o potencial risco para ocorrência de incidentes relacionados à assistência em saúde. Diante dos avanços tecnológicos, da diversidade de sistemas e de processos organizacionais que envolvem o contexto da prestação de cuidados de saúde no âmbito global, observa-se, a partir da última década, o interesse crescente por parte de pesquisadores, gestores e profissionais de

saúde em abordagens voltadas à melhoria da qualidade do cuidado e da cultura de segurança do paciente.

Neste cenário, a segurança do paciente ganha destaque e visto que reflete o comprometimento dos profissionais da organização com a promoção contínua de um ambiente terapêutico seguro e influencia comportamentos e resultados de segurança, tanto para os profissionais de saúde como para os pacientes (WEGNER et al., 2016).

Os trabalhadores em enfermagem vêm assumindo o papel de precursora nas discussões sobre a segurança do paciente, destacando-se em estudos envolvendo os erros de medicação. O trabalhador em Enfermagem, por sua vez, executa suas funções tendo como propósito o reestabelecimento da saúde, estando, assim, implícita a responsabilidade de prestar uma assistência livre de danos ou com o mínimo de riscos e falhas que possam comprometer a segurança do paciente. Entretanto, o erro humano é inevitável e mesmo que não sejam intencionais, os incidentes podem vir a acontecer (MAKARY; DANIEL, 2016).

No Brasil, quando o trabalhador em Enfermagem se encontra frente a uma conduta irregular e/ou causa um incidente, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), no cumprimento de sua missão institucional, tem a responsabilidade de apurar e julgar as infrações cometidas pelos profissionais, o que ocorre por meio de processos éticos (COFEN, 2010).

Um incidente deve ser examinado, considerando-se falhas do trabalhador e também dos mecanismos criados como barreiras para a ocorrência de erros. Ressalta-se que essas barreiras podem expressar a vulnerabilidade existente nos sistemas de saúde. Os erros cometidos pelos profissionais envolvidos em PED podem ter sua origem através de um fenômeno estrutural (condições de trabalho) e não somente por uma falha individual (SILVA-SANTOS et al., 2018).

É imprescindível que o profissional possua conduta adequada em serviço, prestando uma assistência fundamentada em elevados princípios éticos, embasada cientificamente e, pautada no respeito à moral e aos valores existentes na sociedade, acatando as normas legais e seguindo principalmente as leis relativas ao exercício de sua atividade profissional (MENDONÇA et al., 2017).

Ao desempenhar suas atividades, o profissional está sujeito a cometer uma infração ética, que a depender da situação, resultará em ação educativa para evitar novas ocorrências, ou em encaminhamento de uma denúncia ao COREN. Os fatos são avaliados e poderão evoluir para a instauração de um PED, caso haja indícios de ações que firam o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE) (PEREIRA, 2017).

O Artigo 18 °, da Lei n° 5.905, de 12 de julho de 1973, que dispõe sobre a criação dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem, aponta as penalidades a serem impostas aos trabalhadores de Enfermagem no âmbito nacional, são elas: Advertência verbal; Multa; Censura; Suspensão do Exercício Profissional e Cassação do direito ao Exercício Profissional (BRASIL, 1973).

Em conformidade com a Resolução do COFEN de n° 564/2017, o Artigo 104º, considera infração ética e disciplinar a ação, omissão ou conivência que implica em desobediência e/ou inobservância às disposições do CEPE, bem como a inobservância das normas do Sistema COFEN/COREN. Resolve ainda, em seu Artigo 2º, que este deve ser aplicado aos Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Auxiliares de Enfermagem, Obstetizas e Parteiras, bem como aos atendentes de Enfermagem<sup>1</sup>.

Considerando a importância da prevenção dos EA, a necessidade de oferecer uma assistência segura ao paciente, bem como estimular a implementação da cultura de segurança e da cultura justa, elaborou-se a seguinte questão norteadora: “Quais as características dos eventos adversos que desencadearam a abertura de Processos Ético Disciplinares e como se relacionam com o processo de trabalho em Enfermagem?”.

Para responder a essa pergunta de pesquisa, foi preciso analisar as características dos eventos adversos que desencadearam a abertura de Processos Ético Disciplinares e discutir sua relação com o Processo de Trabalho em Enfermagem.

Para alcançar este objetivo, fez-se necessário:

- identificar a presença de Eventos Adversos nos Processos Ético Disciplinares;
- categorizar os tipos de Eventos Adversos encontrados nos Processos Ético Disciplinares;
- descrever os desfechos dos casos nos Processos Ético Disciplinares.

A relevância desta pesquisa está relacionada à lacuna na literatura de estudos sobre este tema, bem como à necessidade de produzir conhecimento que possam embasar as decisões dos órgãos responsáveis pela fiscalização do exercício em Enfermagem, bem como aos relacionados à segurança do paciente, a fim de traçar estratégias preventivas e promover condutas assertivas voltadas para a cultura de segurança durante a assistência. Neste sentido, conhecer os motivos que geraram os PED à luz da cultura de segurança é importante para que os casos possam ser avaliados na perspectiva da cultura justa.

---

<sup>1</sup> Segundo a Lei 7.498 de 1987, são Atendentes de Enfermagem, aqueles que autorizados pelo COFEN, exercem atividades elementares de Enfermagem.

## 2 PERCURSO TEÓRICO-METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo retrospectivo, exploratório-descritivo, transversal do tipo documental, com abordagem qualitativa, desenvolvido a luz do referencial da cultura de segurança do paciente. A pesquisa documental tem como principal característica a fonte de coleta de dados que se constitui de fontes primárias, podendo ser realizada no momento em que o fato ou o fenômeno ocorre, ou depois, apresenta similaridades com a pesquisa bibliográfica (BARROS, 2019).

A pesquisa documental se embasa em materiais que ainda não foram editados, ou que não receberam um tratamento analítico suficiente, por exemplo, cartas, documentos, memorandos, correspondências pessoais, avisos, agendas, diários, propostas, relatórios, atas, estudos, avaliações, dentre outros. Já a pesquisa bibliográfica se embasa em fontes científicas e materiais impressos e editados, como livros, enciclopédias, ensaios críticos, dicionários, periódicos, artigos, teses, dentre outros (GIL, 2017).

Em todas as fases este estudo obedeceu ao que está disposto nas resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, recebendo parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Alagoas sendo aprovado com o CAAE 02845418.0.0000.5013 (Anexo B).

O acesso aos dados nos PED foi supervisionado pelo responsável técnico da Câmara Técnica de Processos Éticos e autorizado por meio do Processo Administrativo (PAD) 181/2017, de 24 de outubro de 2018 (Anexo A). E os procedimentos de coleta só tiveram início após a apreciação da proposta do estudo tanto pelo CEPE/UFAL, quanto pelo Conselho Profissional.

Apesar do disposto na Resolução COFEN nº 215 de 2015, que dispõe sobre o acesso à informação, e sobre o sigilo das informações pessoais e institucionais, o acesso ao PED é permitido em caso da realização de estatísticas e pesquisas científicas de evidente interesse público ou geral, vedada a identificação dos dados pessoais relacionados aqueles a quem a informação se referir. No entanto, nesta pesquisa foram acessados apenas os PED que constavam como arquivados, visto que os mesmos estavam com o parecer final emitido, e assim atendiam aos objetivos desta pesquisa.

A pesquisa utilizou como critério de inclusão: o acesso a todos os PED arquivados e encerrados, independente do seu desfecho, ou seja, se houve ou não aplicação de penalidades. E como critério de exclusão: foram desconsiderados os processos administrativos e os que não tinham relação com EA, como os PED relacionados a assédio moral entre profissionais do

serviço e/ou gerência, problemas de relações interprofissionais e de relações interpessoais frente ao usuário/familiar, visto que não estavam relacionados com a assistência prestada ao paciente. Foram ainda excluídos aqueles em fases de tramitação ou arquivamento antes do seu encerramento, pois nesses casos não há aplicação de penalidade, e, portanto, não é verificado desfecho definido.

Inicialmente a proposta era realizar um estudo quantitativo sendo que a partir do levantamento do número de processos encerrados, seria realizado um cálculo amostral e em seguida, definida a amostra. Contudo, embora o conselho tenha sido implantado em 1975, ao fazer o levantamento dos casos foi constatado que não havia processos arquivados em meio físico, nem por meio digital em seu registro no banco de dados do sistema *Incorp*<sup>2</sup>. Sendo assim, o recorte temporal final foi de 2009 a 2017. Os processos que datam de 2018 em diante aguardavam instrução e julgamento. Outros processos éticos se encontravam com pendências e não haviam sido arquivados, o que inviabilizou sua inclusão na coleta de dados. Desse modo, a amostra final foi composta por apenas sete processos encerrados e arquivados.

O processo de coleta de dados ocorreu entre os meses de fevereiro a outubro de 2019, em uma sala nas dependências da autarquia. Na primeira reunião com o responsável técnico da Comissão de Instrução de Processos Éticos foi realizado o levantamento da quantidade de processos encerrados disponíveis no setor e observado como funcionava a dinâmica do local, de quem tinha acesso aos PED e o horário de funcionamento do setor. Foi observada a disposição de arquivamento dos PED e de como as demais informações cadastrais pertencentes aos profissionais eram arquivadas.

Salienta-se que nenhum documento foi retirado do seu local de guarda físico e que as anotações correspondentes à coleta de dados foram registradas dentro do setor, todos os procedimentos de coleta foram supervisionados pelo responsável pelo local.

A partir da segunda reunião foi iniciada a coleta de dados. Foi utilizado um instrumento inspirado em PEREIRA (2017) e construído pela autora que serviu para a realização da coleta de dados pertinentes a pesquisa (Apêndice A), a fim de identificar como ocorreu o incidente e quais os atores envolvidos na ocorrência. As variáveis investigadas foram: informações relativas ao trabalhador de Enfermagem denunciado/infrator, como: titulação e formação profissional, sexo, local de formação, ano de conclusão, e idade. Foram também investigadas, as informações relativas a caracterização das denúncias/causa da

---

<sup>2</sup> O sistema *IncorpWare 9.03.2757*, instalado em 2015, é uma plataforma que abriga os serviços, e dados cadastrais do Conselho Regional de Enfermagem. Disponível em: <<https://incorp.tech/#clientes>>

ocorrência, se ocorrência de dano, data, local de origem da denúncia, denunciante, e tipos de instituição de saúde onde ocorreu o dano, idade da população exposta, penalidades aplicadas na decisão final do PED. Foi utilizado ainda um diário de campo, para realizar as anotações referentes ao processo. Os dados extraídos dos PED foram agrupados por categorias: Tema I – “PED por erros decorrentes da assistência de enfermagem” e Tema II - “PED que não foram decorrentes de erros durante a assistência”. Os dados foram digitados em quadros no programa Microsoft Office 2016.

Os dados obtidos foram discutidos à luz do referencial teórico da cultura de segurança do paciente e utilizados somente para o propósito da pesquisa, estando assegurado o sigilo e anonimato dos profissionais e das instituições de saúde em que ocorreram os EA.

Ao ter acesso aos PED foi possível observar a situação em que se encontravam até a data da última coleta, realizada em 08 de outubro de 2019. Foram identificados 71 processos em posse do Conselho. Destes, apenas 60 foram acessados, os onze restantes estavam em processo de tramitação, e, portanto, foram excluídos. Após análise, foram selecionados sete PED, decorrentes de EA que geraram denúncias.

Diante deste percurso teórico e metodológico, esta dissertação foi estruturada em quatro capítulos, a saber: Capítulo 1 - segurança do paciente, eventos adversos na saúde e filiações culturais; Capítulo 2 - processo de trabalho em enfermagem, erro humano e o papel da autarquia diante do erro e sua ligação com a cultura punitiva; Capítulo 3 - características dos processos ético disciplinares e dos eventos adversos e Capítulo 4 - relação dos eventos adversos com o processo de trabalho em enfermagem.



### **3 CAPÍTULO 1 - SEGURANÇA NA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE, EVENTOS ADVERSOS E A CULTURA DE SEGURANÇA**

Neste capítulo iremos abordar os principais conceitos acerca do tema, com o objetivo principal de fundamentar, de maneira clara e objetiva, toda a estrutura da pesquisa acerca das informações sobre a segurança do paciente, eventos adversos, cultura de segurança e cultura justa.

#### **3.1 Segurança do paciente**

A qualidade na assistência em saúde é mensurável, e assim sendo, generalizável, haja vista sua relação com técnicas, métodos e instrumentos. E entre os primeiros a definir a qualidade, considerando o contexto dos serviços de saúde, está Donabedian (1990), ao definir que o método da garantia de qualidade nos serviços de saúde se estabelece por três fundamentos operacionais: Estrutura: compreende as características referentes aos tipos de serviços prestados, ou seja, recursos materiais, recursos humanos e organização institucional; Processo: como os cuidados são prestados; e Resultado: que corresponde aos indicadores e efeitos da atenção para o estado de saúde do usuário e da população (DE SOUZA, 2018).

Na década de 90, Donabedian (1990) também propôs a incorporação desses conceitos, ampliando a sua própria definição de qualidade, através do que denomina de sete aspectos principais ou "pilares", entre eles: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade (SOUSA; MENDES et al., 2019).

- a) Eficácia: capacidade de produzir melhorias na saúde e no bem-estar. Significa o melhor que se pode fazer, dado o estado do paciente.
- b) Efetividade: melhoria na saúde, alcançada ou alcançável nas condições usuais da prática cotidiana. Ao definir e avaliar a qualidade, a efetividade pode ser mais precisamente especificada como sendo o grau em que o cuidado, cuja qualidade está sendo avaliada, alça-se ao nível de melhoria da saúde que os estudos de eficácia têm estabelecido como alcançáveis.
- c) Eficiência: é a medida do custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada. Se duas estratégias de cuidado são igualmente eficazes e efetivas, a mais eficiente é a de menor custo.
- d) Otimização: torna-se relevante à medida que os efeitos do cuidado da saúde não são avaliados em forma absoluta, mas relativamente aos custos.

- e) Aceitabilidade: sinônimo de adaptação do cuidado as expectativas e valores do paciente.
- f) Legitimidade: aceitabilidade do cuidado da forma em que é visto pela comunidade ou sociedade em geral.
- g) Equidade: princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e de seus benefícios entre os membros de uma população.

Em outras palavras, a qualidade é uma medida de extensão para mensurar até que ponto uma coisa ou experiência satisfaz uma necessidade, resolve o problema ou adiciona valor para alguém. Um somatório de fatores que levam a melhor relação entre práticas empregadas e as necessidades de saúde atendidas.

Nesse sentido, um serviço de saúde com qualidade é aquele que organiza seus recursos da forma mais efetiva em resposta às necessidades do serviço, com segurança, sem desperdício e de acordo com os padrões de elevado nível e respeito pelos direitos humanos. E nesse sentido a segurança do paciente é considerada como um dos pilares da qualidade em saúde. Uma prática segura se refere a toda intervenção na estrutura e/ou processo, de modo a reduzir o risco dos pacientes sofrerem um incidente relacionado à segurança do paciente (WHO, 2009).

A preocupação com as estatísticas globais, após a publicação do relatório americano “To err is human: building a safer health care system” pela *Institut of Medicine* (IOM) em 2000 sobre a ocorrência de erros médicos fez com que surgisse a *The World Alliance for Patient Safety*, lançada pela WHO em outubro de 2004, com o objetivo de coordenar, disseminar e acelerar melhorias na segurança do paciente em todo o mundo; a Aliança é um meio de promover a ação e colaboração internacional com os Estados membros, especialistas, usuários, grupos de profissionais e indústria. Sua criação destaca a importância internacional da questão da segurança do paciente (DONALDSON et al., 2017).

Após a publicação do relatório americano as discussões sobre segurança do paciente foram impulsionadas. O relatório apontou que milhões de pessoas sofreram lesões e mortes decorrentes das práticas de saúde. A temática segurança do paciente tornou-se relevante a partir do relatório passando a ser um dos seis atributos de qualidade para o cuidado em saúde. Procurou-se, então, implantar estratégias de vigilância visando à proteção da saúde individual e coletiva por meio do gerenciamento de risco (TOMAZONI et al., 2015).

No Brasil, as discussões sobre a Segurança do Paciente se intensificaram com a criação da Rede Brasileira de Hospitais Sentinela, pela Agência Nacional de Vigilância

Sanitária (ANVISA) que possui participação voluntária e tem como finalidade notificar EA e queixas técnicas referentes à tecnovigilância, farmacovigilância, e hemovigilância (BRASIL, 2010).

A busca para a qualificação da assistência em todos os estabelecimentos de saúde diz respeito também a implementação de mudanças culturais referentes à segurança e cuidados em saúde. Surge então, por meio do Artigo 5º, da portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, do Ministério da Saúde, as estratégias que viabilizariam a implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) (BRASIL, 2013).

Nesse mesmo sentido, a WHO em acordo com a *Joint Commission International* (JCI), uma organização americana que atua realizando a certificação de acreditação de instituições de saúde estipularam as metas internacionais de segurança do paciente, sendo elas: 1ª identificar os pacientes corretamente; 2ª melhorar a comunicação efetiva; 3ª melhorar a segurança de medicamentos de alta-vigilância; 4ª assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto; 5ª reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde; 6ª reduzir o risco de lesões ao paciente decorrentes de quedas (JCI, 2020; BRASIL, 2014).

A JCI é uma organização considerada referencia em qualidade na saúde que preconiza a cultura de segurança e qualidade no cuidado ao paciente, incentivando a utilização técnicas atualizadas, bem como o uso de protocolos de tratamento e procedimentos, focando ainda no controle de infecções e manejo de equipamentos de ponta (JCI, 2020).

A segurança do paciente é o princípio fundamental nos cuidados em saúde. Entretanto, países de alta renda como Estados Unidos, Coreia, Canadá, publicaram recentemente estudos que mostram que a população vem sendo prejudicada, sofrendo danos durante a assistência à saúde que vão desde um tempo de permanência hospitalar maior que o necessário, a lesões permanentes e em casos mais severos chegam à morte (MAKARY; DANIEL, 2016; LLAPARODRIGUEZ et al., 2017; DE VRIES, et al., 2018; LEE et al., 2019).

Outro ponto importante a ser mencionado é que as falhas na assistência em saúde tornam-se um fardo econômico substancial, a quebra da segurança do paciente faz com que os gastos com saúde sejam mais altos nos países em desenvolvimento do que nos desenvolvidos em 5 a 10%. Estima-se que até três quartos desses lapsos na prestação de serviços de saúde sejam evitáveis e preveníveis. É o que afirma um estudo que buscou avaliar as dimensões da cultura de segurança do paciente na perspectiva dos enfermeiros (SALEM et al., 2019).

Um serviço com uma cultura de segurança positiva, que reconhece as falhas da assistência, pode trabalhar para fortalecer a comunicação fundamentada na confiança mútua, e

na percepção comum sobre a importância da efetividade de medidas preventivas de eventos adversos na assistência à saúde.

### 3.2 Eventos adversos na saúde

Os EA são incidentes inesperados, indesejados, não planejados que estão diretamente associados com a assistência em saúde podem gerar danos ao paciente e consequentemente aumentar o período de internação, ou nos casos graves gerar lesões permanentes e até óbito. Apesar dos avanços de estudos visando à melhoria da qualidade da assistência a saúde e do conhecimento e utilização de instrumentos para identificação de riscos, os EA continuam ocorrendo (ORTEGA et al., 2017) .

A vigilância dos EA relacionados com a assistência à saúde é recente no Brasil. A notificação é feita por incidente e não por indivíduo, o que limita a comparação com os resultados dos grandes estudos internacionais baseados em prontuários, incluindo estudos que citam EA múltiplos sofridos pela mesma pessoa durante sua internação. Acredita-se que sua incorporação na rotina de trabalho dos serviços de saúde deva levar algum tempo, conduzindo a um aumento progressivo do número de notificações (BRASIL, 2019; MAIA et al., 2018).

O sistema de NOTIVISA - versão 2.0, foi criado com o propósito de interligar o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) e as informações sobre a ocorrência de EA relacionados com a assistência à saúde (não infecciosos), geradas pelos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) nos serviços de saúde. No entanto, em 2016, quando se esperava a manutenção ou aumento das notificações nota-se redução, o que pode indicar a necessidade de investimentos na manutenção da sensibilidade dos atuais notificadores e na maior adesão de novos serviços (BRASIL, 2019).

Os NSP foram instituídos em 2014 pelo Ministério da Saúde (MS), através do PNSP. Desde o ano de 2014 até 2017 foram implantados cerca de, 2.333 NSP existentes no país, nesse período verificou-se um crescimento expressivo do número de núcleos implantados, representando um aumento no número de notificações de EA para 103.285 casos registrados (BRASIL, 2019).

A função do NSP é promover a articulação dos processos de trabalho e das informações que impactem nos riscos ao paciente, além de articular com diferentes áreas intrahospitalares que trabalhem com riscos na instituição de saúde, considerando o paciente como sujeito e objetivo final do cuidado em saúde. O paciente precisa estar seguro,

independente do processo de cuidado a que ele está submetido. Até o ano de 2019, existiam em Alagoas vinte NSP, e destes, quatro estão localizados no município de Arapiraca.

Uma revisão sistemática, que utilizou apenas estudos retrospectivos de revisão de prontuários médicos em ambientes hospitalares identificou que o segundo tipo mais frequente de EA, são eventos relacionados a erros de medicação que representaram em média 19,3% dos detectados (SCHWENDIMANN et al., 2018).

A Enfermagem está envolvida na segunda maior causa de EA do mundo. A carga de trabalho excessiva da equipe de Enfermagem tem se mostrado um fator contributivo para o aumento do risco de ocorrência de EA. Os estudos relacionados aos incidentes ligados à administração de medicamentos indicam que a equipe de Enfermagem é o grupo de profissionais de saúde mais envolvido nessa fase do processo, estando frequentemente expostos ao risco de se envolver nesses eventos (MOREIRA, 2018; NOVARETTI et al., 2014).

O grau de dano de um EA sofrido refere-se ao grau de comprometimento do estado de saúde do paciente que segundo a estrutura conceitual do *The International Classification for Patient Safety* (ICPS) é mensurado conforme a gravidade e duração do evento a que se refere (WHO, 2009) e pode ser classificado em: leve, moderado, grave, morte.

Coincidentemente, é a mesma classificação que as autarquias fiscalizadoras do conselho de classe na Enfermagem utilizam conforme Artigo 111º da Resolução COFEN 564º de 2017. O Quadro 1 traz a comparação entre o grau de gravidade dos EA segundo a WHO e a gravidade da infração segundo o COFEN/CORENS.

**Quadro 1 - Apresentação da Gravidade dos EA segundo o COFEN e a WHO.**

<b>Gravidade da Infração segundo COFEN</b>	<b>Nível</b>	<b>Grau de Dano segundo ICPS/WHO</b>
Atingir a integridade física, mental ou moral de qualquer pessoa, sem causar debilidade.	Leve	Se o paciente apresentou sintomas leves, danos mínimos ou intermediários de curta duração sem intervenção ou com uma intervenção mínima (pequeno tratamento ou observação).
Provocar debilidade temporária de membro, sentido ou função na pessoa ou ainda as que causem danos mentais, morais, patrimoniais ou financeiros.	Moderado	Se o paciente necessitou de intervenção (procedimento suplementar ou terapêutica adicional), prolongamento da internação, perda de função, danos permanentes ou em longo prazo.
Provocar perigo de morte, debilidade permanente de membro, sentido ou função, dano moral irremediável na pessoa ou ainda as que causem danos mentais, morais, patrimoniais ou financeiros.	Grave	Se for necessária intervenção para salvar a vida, grande intervenção médico-cirúrgica ou causou danos permanentes ou em longo prazo.
Provocar a morte, debilidade permanente de membro, sentido ou função, dano moral irremediável na pessoa.	Morte	Se o paciente foi a óbito em consequência do evento adverso

Fonte: WHO (2009); COFEN (2017).

O ICPS é uma taxonomia que objetiva a padronização dos conhecimentos e discussões acerca do grau de dano causado pela quebra da segurança do paciente, este inclui a gravidade e duração de qualquer dano, bem como qualquer implicação terapêutica. O único parâmetro que o sistema COFEN/COREN utiliza para verificar a gravidade da ação realizada pelo profissional que teve um dano físico, mental ou moral como produto final da sua ação é o que está delimitado através do documento da resolução.

Ter um único documento para embasar o julgamento, é reduzir a abordagem ao incidente decorrente do erro cometido pelo trabalhador de Enfermagem, a uma forma individual e punitiva, sendo desconsiderado o contexto, as condições de trabalho e a corresponsabilidade da organização de saúde.

### 3.3 Cultura de Segurança e Cultura Justa

A cultura de segurança do paciente vem sendo discutida e incentivada há anos. Em 1980 Avedis Donabedian, médico e professor, definiu a qualidade em saúde como sendo resultante da aplicação da ciência associada à tecnologia, valorizada pelas relações interpessoais que são fortalecidas pelo aumento de benefícios e diminuição de riscos (DONABEDIAN, 1980).

Uma das etapas essenciais para melhorar a segurança do paciente é a promoção da cultura de segurança do paciente, uma cultura que apoia e permite o alcance de resultados ideais para o paciente, que dependem de uma cultura baseada em confiança, com comunicação eficiente, relatórios detalhados, transparência e compromisso com a mudança das condições existentes que favorecem a ocorrência de erros (SALEM et al., 2019).

Os países desenvolvidos são comprometidos com uma assistência de qualidade e livre de incidentes indesejáveis. Em geral, estes incidentes são considerados evitáveis, e por se apresentarem dispostos a reconhecer a existência dos erros, e estudá-los como um processo, tornam-se os maiores produtores de estudos sobre a Cultura de Segurança do Paciente (LEE et al., 2019). A eficácia dos protocolos e diretrizes que trabalham a cultura de segurança difere não só nas várias organizações de saúde, dependendo também da experiência dos profissionais, tamanho da instituição e função do profissional na organização, além do seu comprometimento com a qualidade da assistência (WHO, 2019; WATERSON et al., 2019).

A literatura demonstra que o diagnóstico e planejamento de intervenções para reduzir fragilidades constatadas nos serviços de saúde são essenciais para a promoção da cultura de segurança do paciente sendo importante destacar que a cultura de segurança deve ser avaliada

periodicamente como atividade de monitoramento das melhoras alcançadas (GALVÃO et al., 2018). As intervenções podem incluir alguma forma de treinamento de equipes, ou a implementação de instrumentos de comunicação, rondas, e estratégias de melhoria baseadas na necessidade de cada unidade, direcionadas às equipes, unidades ou linhas de serviço, e conduzidas pelos profissionais da linha de frente do cuidado de saúde (ANDRADE et al., 2018).

O desenvolvimento e utilização de instrumentos de pesquisa de qualidade e outros métodos para medir a Cultura de Segurança do Paciente expandiu-se consideravelmente nos últimos anos. O *European Network for Patient Safety Project* (EUNetPaS) é um projeto financiado e apoiado pela União Europeia dentro do Programa de Saúde Pública desde 2007. O projeto visa estabelecer uma rede abrangente de todos os 27 Estados-membros da União Europeia (UE), organizações internacionais e partes interessadas para incentivar e melhorar o campo da segurança do paciente, compartilhando as experiências e os conhecimentos entre si (WATERSON et al., 2019).

O EUNetPaS identificou 19 instrumentos de pesquisa diferentes e outros métodos em uso nos Estados membros da União Europeia (UE). Naquela época, entre os mais usados estavam o *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), e o *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ). Isso demonstra como os países desenvolvidos estão bem mais a frente no desenvolvimento de estratégias que permitam ter ciência da real situação dos EA que acontecem e a utilização desses instrumentos viabiliza isso por meio da valorização da percepção dos profissionais de saúde em relação às questões de segurança (VAN NUNEN, et al., 2017).

O HSOPSC é um instrumento amplamente utilizado no mundo que objetiva mensurar o grau de concordância dos profissionais sobre questões relativas à cultura de segurança entre profissionais de hospitais, cujo trabalho influencia direta ou indiretamente a terapêutica do paciente, sejam eles profissionais de saúde ou de outras áreas, como a administrativa e gestão (VOLPE, 2016) Esse instrumento é constituído por 42 itens e estruturado em dimensões da cultura de segurança, são elas: expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores e gerentes; aprendizado organizacional; transferências internas e passagens de plantão; *feedback* e comunicação sobre os erros; respostas não punitivas aos erros (PALMIERI et al., 2020).

No Brasil, estudos realizados em hospitais do estado de São Paulo utilizaram o SAQ, para avaliar a percepção do clima de segurança por profissionais de Enfermagem. Os resultados revelaram que a maioria deles ainda não dominava os meios adequados para

conduzir as questões relacionadas à segurança do paciente. E que os profissionais não estavam de acordo com as ações tomadas pela gerência do hospital quanto às questões de segurança do paciente, afirmação esta que foi evidenciada pelos baixos escores nos domínios de Percepção da gerência do hospital e da unidade (TONDO, 2015).

O SAQ é um instrumento visa identificar possíveis fragilidades em contextos clínicos e motivar intervenções de melhoria da qualidade, levando a reduções nos erros na assistência à saúde. Ele é derivado de um questionário amplamente utilizado na aviação comercial, o *Flight Management Attitudes Questionnaire* (FMAQ), criado para medir as atitudes dos membros da tripulação, depois que os pesquisadores descobriram que a maioria dos acidentes aéreos ocorreu devido a falhas nos aspectos interpessoais do desempenho da tripulação, como trabalho em equipe, discursos, liderança, comunicação e tomada de decisão colaborativa (WATERSON et al., 2019).

A versão original do SAQ inclui seis principais fatores de segurança do paciente: clima de trabalho em equipe, clima de segurança, satisfação no trabalho, percepção de gerenciamento, condições de trabalho e reconhecimento de estresse (BONDEVIK, et al., 2019).

Recentemente, um estudo desenvolvido em seis hospitais de Rio Grande do Norte, buscou adaptar o instrumento HSOPSC para o contexto brasileiro, a versão traduzida e validada do HSOPSC apresentou boa consistência interna e excelente confiabilidade para medir a cultura de segurança em hospitais brasileiros, contribuindo para melhoria da cultura de segurança do paciente e sua utilização vem sendo recomendada para outros hospitais no país (ANDRADE et al., 2017).

Isso revela que o Brasil está em processo de crescimento do incentivo às práticas seguras. E para que o índice de EA seja reduzido é preciso que haja um fortalecimento do clima de segurança, adotando medidas de implementação da cultura de segurança, bem como de uma cultura justa, valorizando a percepção do profissional que executa a assistência e o aproximando da gestão do cuidado, objetivando a qualidade nos serviços prestados em saúde.

A cultura justa é um conceito que advém da busca em diferenciar os trabalhadores cuidadosos, daqueles que possuem comportamentos conscientes e injustificadamente arriscados. Na cultura de segurança, os erros são vistos como uma possibilidade presente, e são, portanto, discutidos e trabalhados para que seja possível prevê-los e modificar assim, as condições de trabalho (SOUZA et al., 2019).

É comum que diante a um erro que resulte em dano ao paciente as instituições de saúde rapidamente se mobilizem e adotem medidas para prestar assistência a esse paciente e



aos seus familiares (HOLDEN; CARD, 2019). Esses incidentes, além de causar danos e sofrimento aos pacientes, também podem afetar significativamente o trabalho e a vida familiar e pessoal dos profissionais de saúde envolvidos.

É necessário que a organização se empenhe para reconhecer que o erro pode existir e se engaje em soluções para auxiliar o profissional a lidar com esse momento. A cultura de segurança precisa estar instituída e estruturada nas instituições, e suas ações tem início no estabelecimento de um processo de comunicação adequado e aqui se salienta que isso deve passar por toda organização, desde o gestor ao profissional que executa o cuidado; devendo existir plena confiança, pois os profissionais precisam se sentir seguros para comunicar seus erros (MACEDO et al., 2020).

Ao relatar um incidente, é preciso que haja envolvimento coletivo entre instituição, liderança da equipe e profissionais envolvidos, devendo existir, em relação aos aspectos da segurança, ética, comprometimento e abordagem não punitiva ao erro. A partir do momento em que o erro é aceito como uma possibilidade e não como algo inexistente e inadmissível fica mais sólida a ideia de trabalhar para prevenir o erro e não somente para punir. Essa conduta é conhecida como aprendizado organizacional e ele se fortalece com a realização de treinamentos, atualizações sobre inovações tecnológicas e de cuidado (MAKARY, 2016).

As mudanças decorrentes da detecção dos erros relacionam-se com o fato da notificação estar direcionada ao gestor e este tomar decisões e atitudes negativas a partir da notificação. A chave para incorporação da cultura de segurança está em extinguir a visão punitiva ao erro devendo existir planos de melhorias para cada evento que for identificado na assistência, com discussão entre os membros da equipe multidisciplinar para análise das causas, identificando e adotando medidas preventivas e corretivas que combatam essas causas, contudo, não punitivas, pois os erros são alheios à vontade do profissional e sim decorrentes do sistema deficiente/ineficiente.

O medo ou receio é uma constante barreira à notificação, ressalta-se a importância de trabalhar a cultura justa diante da ocorrência dos incidentes que considera a responsabilização profissional, mas que objetiva identificar fragilidades ou falhas no sistema e não somente no desempenho de profissionais, visando fortalecer a segurança dos pacientes atendidos nos serviços de saúde (ALVES; CARVALHO; ALBUQUERQUE, 2019)

Os profissionais de saúde envolvidos em erros assistenciais vivenciam uma experiência de angústia e sofrimento durante o EA, e precisam receber adequado suporte da instituição. Uma série de estudos internacionais descreve o produto gerado de um evento

adverso e enfatizam a necessidade de olhar com maior criticidade o que chamam de “*Second Victim Phenomenon*” ou o Fenômeno da Segunda Vítima (DUKHANIN, 2018).

O paciente e seus familiares são a primeira vítima, pois experimentam o incidente diretamente (HOLDEN; CARD, 2019). A segunda vítima é o profissional de saúde que comete o erro, sofrendo um trauma emocional, em uma ação não planejada que acabou prejudicando seu paciente, trazendo o medo de possíveis problemas legais, bem como sequelas administrativas. Contudo, atitudes poderiam ser evitadas ao adotar mudanças culturais necessárias ao sistema de saúde que lida diuturnamente com vidas, estando expostas a situações predisponentes a erros (HOLDEN; CARD 2019).

Os estudos argumentam contra a expressão “segunda vítima”, pois acreditam que o termo ofende aos pacientes que seriam as verdadeiras e únicas vítimas dos erros. O sofrimento sentido pelos profissionais é considerado mínimo quando comparado ao dos pacientes que sofrem sequelas muitas vezes permanentes ou irreparáveis. Aqueles com a visão punitiva reconhecem o termo como uma forma de isentá-los da culpa (DUKHANIN et al., 2018).

Existe ainda, a terceira vítima de dano ao paciente. Ao contrário das segundas vítimas, elas não estão envolvidas no evento adverso. Neste caso, as terceiras vítimas são aquelas que sofrem danos psicossociais como resultado da exposição indireta a um incidente na liderança de atividades de investigação ou melhoria de incidentes após um evento adverso. Isso pode incluir pessoal dos NSP, bem como outros com títulos e funções semelhantes, como gerentes de risco e de melhoria de qualidade. Mas também pode incluir médicos e funcionários de comunicação encarregados de ser a “face” da organização após uma falha na segurança do paciente (HOLDEN; CARD, 2019).

O impacto dos EA nas terceiras vítimas depende da resposta e do comportamento dos líderes organizacionais das instituições de saúde. As terceiras vítimas podem sofrer consequências emocionais com os incidentes, como bullying interno pelos colaboradores, sendo vistos como aqueles que procuraram por “culpados” e assim sofrem com a resistência na implantação de projetos de melhorias. Arelado a isso, existe ainda a pressão institucional, pois apesar do desgaste emocional, gerado pelo incidente e o clima de conflito gerado, precisam entregar resultados a instituição (HOLDEN; CARD, 2019).

De acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), o conceito de Erro Médico são erros ou enganos cometidos por profissionais da saúde que resultam em mal ao paciente. Entretanto, o termo “erro médico” está em desuso e é constantemente contestado por órgãos fiscalizadores como o Conselho Federal de Medicina (CFM), que em nota técnica do Ofício nº 98 de 23 de Novembro de 2017, esclarece o uso inadequado do termo, pois estes

decorrem de uma série de problemas, que incluem aspectos operacionais, de gestão, bem como da atuação de diferentes categorias profissionais (CFM, 2017). Diante disso, a literatura apresenta a definição de “Erro Assistencial” compreendido como sendo o erro que pode ser consequência de uma falha para realizar uma ação ou a realização incorreta de um plano e, portanto, não são intencionais. O erro é diferente das violações, as quais geralmente são intencionais ou mal intencionadas, podendo tornar-se rotineiras, automáticas e passíveis de punição (BRASIL, 2013; MASCARENHAS, 2015; REASON, 1990).

Os profissionais envolvidos em erros assistenciais frequentemente se sentem pessoalmente responsáveis pelo resultado do paciente; muitos sentem que falharam, questionando a si próprios sobre suas habilidades clínicas e base de conhecimento (DUKAHANIN et al., 2018).

O profissional envolvido em um EA sente-se culpado e com medo das represálias em seu trabalho, pois é visto como um agente direto do erro, e apontado como único responsável, mas também carrega o nome da instituição empregadora, e pode ser visto como prejudicial à imagem e reputação das organizações de saúde onde ocorreu o incidente (terceiras vítimas), prejudicando a qualidade dessas instituições (HOLDEN; CARD, 2019).

Esse processo que o profissional vivencia foi descrito por Stillwater (2018) como os seis estágios para a recuperação da segunda vítima. Ele estudou as experiências das segundas vítimas, ou seja, os sentimentos vivenciados pelos profissionais que se envolvem em EA. Os primeiros três estágios compreendem a realização do impacto e pode ocorrer simultaneamente ou pode alternar entre eles.

No estadiamento da Segunda vítima, um dos caminhos “Abandonar” refere-se ao pensamento de mudança de profissão ou transferência para um setor de atuação diferente. Entretanto, existem fatores que influenciam nesses pensamentos, a escolha da Enfermagem como profissão de sustento, a idade, a disposição de tempo e investimento financeiro para retomar os estudos.

A ideia é aceitar o acontecimento, buscando trabalha-lo da melhor maneira e por fim crescer com o aprendizado gerado/vivenciado, nesse momento é necessário receber todo suporte ofertado, tornando possível aprender com o problema (STILLWATER, 2018).

Os pacientes têm direito a informações sobre si e sobre sua condição de saúde, incluindo os riscos inerentes à prestação da assistência que estão recebendo, conforme estabelece a portaria do Ministério da Saúde nº 1.820, de 13 de agosto de 2009 (BRASIL, 2009). Apesar de ser um direito garantido por lei, essa atitude ainda é incipiente no que se

refere à comunicação de erros no Brasil, estando esse fato atribuído às fragilidades na cultura de segurança organizacional relativa à comunicação (BATISTA et al., 2019).

O Instituto Brasileiro de Segurança do Paciente (IBSP) esclarece que as falhas na comunicação incluem a falta ou ausência total da comunicação, a comunicação errônea ou incompleta ou ainda o não entendimento do que se objetivou comunicar, ou seja, quando a mensagem não chega como planejado ao receptor (IBSP, 2018).

A segurança do paciente destaca a importância da divulgação de erros assistenciais, e muitas organizações estão desenvolvendo políticas e procedimentos para apoiar esses esforços. No Canadá, novas leis e diretrizes estão sendo desenvolvidas rapidamente. Austrália, Reino Unido, Nova Zelândia e Estados Unidos têm um pouco mais de experiência na implementação de programas para ajudar os profissionais de saúde a enfrentar o desafio de revelar a ocorrência de erros (MAIA, 2018).

Nesse sentido atua a *Canadian Disclosure Guidelines* (CDG), que surgiu baseado em várias iniciativas de segurança do paciente no Canadá, que auxiliam e dão suporte aos profissionais de saúde, equipes interprofissionais, e organizações. A CDG simboliza um compromisso com o direito do paciente de ser informado se estiver envolvido em um incidente de segurança do paciente, promovendo uma abordagem clara e consistente à divulgação, enfatizando a importância do trabalho em equipe e apoiando o aprendizado dos incidentes de segurança do paciente (CPSI, 2011).

Quando ocorre um dano na assistência à saúde, podem surgir desafios únicos na comunicação. O objetivo das CDG é apoiar e orientar os prestadores de serviços de saúde nessas comunicações e incentivar as organizações a desenvolver políticas e processos para oferecer um suporte eficaz às comunicações entre pacientes e prestadores de serviços nessas circunstâncias difíceis, tornando-se importante de uma abordagem clara e consistente, independentemente da razão do dano (CPSI, 2011).

Os pacientes podem ficar com a confiança prejudicada, ou ficar ansiosos e com medo quando sentem que as informações estão sendo retidas. Essa perda de confiança pode afetar negativamente o relacionamento terapêutico. Nessa perspectiva, é importante informar sempre que ocorrer algum dano: o detalhamento dos fatos sobre o incidente, quais as medidas que foram e serão tomadas para minimizar os danos causados, que a organização prestadora de cuidados de saúde e o profissional envolvido sentem muito pelo que aconteceu, e também o que será feito para evitar eventos semelhantes no futuro (CPSI, 2011).

A literatura afirma que haverá maior compreensão dos incidentes de segurança do paciente nos casos em que houve divulgação aberta. Mostra respeito, envolve o paciente no

processo de tomada de decisão clínica e facilita futuros cuidados clínicos seguros e apropriados. Atingir uma cultura de segurança do paciente requer uma comunicação aberta, honesta e eficaz entre os profissionais de saúde e seus pacientes (SIMAN; CUNHA; BRITO, 2017).

## **4 CAPÍTULO 2 - PROCESSO DE TRABALHO EM ENFERMAGEM, ERRO HUMANO E O PAPEL DA AUTARQUIA DIANTE DO ERRO E SUA LIGAÇÃO À CULTURA PUNITIVA**

Este capítulo aborda os principais conceitos acerca do tema, com o objetivo principal de fundamentar, de maneira clara e objetiva, toda a estrutura da pesquisa acerca das informações sobre o processo de trabalho em enfermagem, o erro humano na assistência à saúde e o papel da autarquia diante do erro e a cultura punitiva.

### **4.1 Processo de trabalho em enfermagem**

O modo como se desenvolve o trabalho, quaisquer que sejam, é denominado processo de trabalho. Trata-se do conjunto de procedimentos pelos quais os homens atuam utilizando os meios de produção sobre algum objeto para transformá-lo em determinado produto que tenha utilidade as suas necessidades (ALMEIDA, 2015; FORTE et al., 2019).

Segundo Marx (1994) o trabalho é algo que o ser humano faz intencionalmente e de maneira consciente, com o objetivo de produzir algum produto ou serviço que tenha valor para o próprio ser humano. Nesse sentido, o produto do trabalho não é considerado apenas um resultado, mas a condição para que aconteça o processo de trabalho (ALMEIDA, 2015; PIRES, 1996).

No processo de trabalho, a atividade do homem opera uma transformação no objeto sobre o qual atua por meio de instrumentos de trabalho para a produção de produtos, e essa transformação está subordinada a um determinado fim. Portanto, o processo de trabalho é formado por três elementos: a atividade adequada a um determinado fim, isto é, o próprio trabalho, o objeto de trabalho, ou seja, a matéria a que se aplica o trabalho, e os instrumentos, que são os meios do trabalho (MARX, 1994).

Diante disto, Mendes-Gonçalves (1992), ampliou o conceito de Marx para o campo da saúde, ao considerar os elementos do processo de trabalho, para compreender o processo de trabalho em saúde. Esses elementos podem ser identificados como: os agentes que são os indivíduos que realizam o trabalho; o objeto que é o elemento tangível sobre o qual se trabalha; os instrumentos como os meios que ajudam a desempenhar o trabalho que vão desde os artefatos físicos até o conhecimento intelectual incluindo as habilidades técnicas; a atividade que é a execução do trabalho propriamente dito, e por fim, a finalidade que é identificada como a razão pela qual o trabalho é feito.

No trabalho em saúde, bem como na Enfermagem há todos os elementos supracitados o que os identifica como Processo. Segundo Merhy (1997) o trabalho em saúde consiste no trabalho vivo em ato, que se opera no instante da prestação do serviço. O processo de trabalho em Enfermagem caracteriza-se pela prestação de um serviço ou ação, completando-se no ato de sua realização, sendo que a assistência aos pacientes tem como finalidade promover, manter e recuperar a saúde dos indivíduos (FORTE et al., 2019; MASCARENHAS, 2015).

Nesse contexto, a organização do trabalho pode ser entendida como um processo que envolve o conjunto de atividades desenvolvidas pelos trabalhadores incluindo as relações de trabalho e as relações hierárquicas. O trabalho ocorre em uma determinada estrutura organizacional, sendo influenciado pelo modo de gestão e pela cultura institucional (PIRES, 1996).

A organização do trabalho implica, assim: as relações: essas ocorrem entre os profissionais de Enfermagem, com os usuários dos serviços de saúde, com os outros profissionais de saúde ou grupos de trabalhadores da instituição; os constrangimentos e as facilidades provocados pela estrutura institucional; as relações hierárquicas; o conhecimento e as tecnologias disponíveis em saúde e na Enfermagem; a divisão do trabalho; o modelo de gestão da instituição e da própria Enfermagem; e as relações estabelecidas com as demais instituições que fazem parte do sistema de serviços de saúde (PIRES, 1996).

#### 4.2 Erro humano na assistência à saúde

O erro humano pode ser considerado como um reflexo de uma resposta mental a determinada atividade. De acordo com Reason (2000), erro humano é um termo genérico para designar as ocasiões em que uma sequência planejada de atividades mentais ou físicas não atinge seus objetivos, sem que a falha possa ser atribuída ao acaso (SOUSA; MENDES, 2019).

Os erros são diferenciados de acordo com os níveis de desempenho cognitivo em que eles ocorrem, constituindo uma classificação mais abstrata do que aquelas baseadas em características observáveis de comportamento, bem como classificações que destacam fatores locais contextuais, tais como estresse, interrupções e distrações (SOUSA; MENDES, 2019; REASON, 2000). Os três níveis são:

- a) Erros no nível da habilidade (*skill-based errors*): nesse nível, o indivíduo realiza comportamentos automáticos e rotineiros, com baixo nível de consciência. Os erros tipicamente envolvem falhas de execução, sendo que os lapsos e deslizos são as mais

comuns. Enquanto os lapsos geralmente envolvem falhas de memória, os deslizos são associados a falhas no reconhecimento de sinais e perturbações de qualquer natureza que interrompem os comportamentos automáticos;

b) Erros no nível das regras (*rule-based errors*): nesse nível, o indivíduo aumenta a consciência para aplicar regras familiares em desvios também familiares das situações rotineiras;

c) Erros no nível do conhecimento (*knowledge-based errors*): nesse nível o indivíduo atua em alto nível de consciência para resolver problemas que ainda não dispõem de regras e o resultado depende do conhecimento prévio e da sua capacidade de análise.

Os cuidados em saúde não são tão seguros quanto deveriam ser uma vez que vários estudos apontam evidências de erros na assistência em saúde como a principal causa de morte e lesão. O erro na assistência à saúde é a terceira principal causa de morte nos Estados Unidos. Da mesma forma, em países de renda baixa e média, uma combinação de inúmeros fatores desfavoráveis como falta de pessoal, estruturas inadequadas e superlotação, falta de assistência médica mercadorias, escassez de produtos básicos e equipamentos, bem como a falta de higiene e de saneamento contribuem para um atendimento não seguro ao paciente (MAKARY, 2016).

Em 1990, o psicólogo britânico James Reason lançou o livro: *Human Error* e introduziu conceitos importantes que servem de parâmetros a muitos pesquisadores sobre o erro humano. Reason definiu os erros como ativos e latentes. Os erros ativos são aqueles cometidos por quem executou a ação e apresentam resultados imediatos. E os erros latentes são resultados de todos aqueles envolvidos no processo de planejamento e tomada de decisão e têm consequências ocultas por muito tempo no sistema (REASON, 2000; MOREIRA, 2018).

Nesse sentido, Reason (2000) propôs o modelo do queijo suíço demonstrando como as defesas, barreiras e salvaguardas podem ser penetradas por uma trajetória de um erro que pode gerar um acidente. Esse modelo evidencia a necessidade de se criar barreiras de forma sistêmica para impedir que o erro atinja o paciente. Quando não há camadas de queijo (barreiras) suficientes ou efetivas o risco encontra uma lacuna e atinge o paciente (MOREIRA, 2018; REASON, 2000).

Segundo Reason (2000) há duas formas de abordar o erro humano: a abordagem do indivíduo e a abordagem do sistema. Cada forma tem seu modelo de causalidade de erros e



portanto, gera filosofias diferentes de gerenciamento destes erros. A compreensão dessas diferenças tem implicações importantes para lidar com o risco de incidentes na assistência.

A primeira se detém aos atos inseguros dos trabalhadores, a partir de um processo mental fora do padrão tais como: esquecimento, desatenção, descuido, baixa motivação, negligência e imprudência. Enquanto a segunda considera que incidentes ocorrem devido a um sistema mal estruturado (REASON, 2000; MOREIRA, 2018).

Na última década, pesquisadores de fatores ligados ao erro humano têm se preocupado cada vez mais com o desenvolvimento de ferramentas para gerenciar a assistência. Podem ser considerados fatores predisponentes ao erro os atos inseguros operacionais, a partir de um processo mental fora do padrão como: esquecimento, desatenção, descuido, motivação pobre, negligência e imprudência (REASON, 2000).

O gerenciamento de erros tem dois componentes: limitar a incidência de erros perigosos e como dentro da cultura de segurança acredita-se que isso nunca será totalmente eficaz podem-se criar sistemas que sejam mais capazes de tolerar a ocorrência de erros e conter seus efeitos prejudiciais (SOUSA; MENDES, 2019) Enquanto os seguidores da abordagem da pessoa direcionam a maior parte de seus recursos de gerenciamento na tentativa de tornar as pessoas menos falíveis ou desobedientes, os estudiosos da abordagem do sistema buscam um programa abrangente de gerenciamento voltado para vários objetivos diferentes: a pessoa, a equipe, a tarefa, o local de trabalho e a instituição como um todo (REASON, 2000).

Desta forma, os erros ligados à falha do indivíduo são esperados nas instituições de excelência, mas é possível prevê-los e modificar as condições de trabalho para evitar a ocorrência de incidentes que possam gerar danos ao paciente. A cultura de segurança do paciente se apoia no conceito de abordagem do sistema por visualizar as deficiências do sistema de prestação de cuidados de saúde, em sua concepção, organização e funcionamento, como principais fatores responsáveis pela ocorrência de incidentes de segurança, contrapondo-se a culpabilizar os indivíduos isoladamente (SOUSA; MENDES, 2019).

#### 4.3 O papel da autarquia diante do erro e sua ligação à cultura punitiva

Centrado na cultura punitiva, o COFEN para lidar com o erro profissional segue um modelo semelhante ao processo jurídico. Diante a uma ocorrência ética, uma denúncia poderá ser encaminhada como uma denúncia ao Conselho Profissional. Esta denúncia poderá evoluir

para a instauração de um processo ético-disciplinar, caso o fato seja caracterizado como uma infração ética e/ou disciplinar.

Cabendo, portanto, às Comissões de Ética de Enfermagem (CEE) pertencentes ao Conselho Regional de cada estado, a responsabilidade de receber a denúncia, deliberar pela instauração ou não do processo ético e pela convocação dos envolvidos nas ocorrências éticas, a partir do recebimento de uma denúncia sobre uma provável infração ética (COFEN, 2018).

As CEE representam os COREN nas instituições onde existe Serviço de Enfermagem com função educativa, consultiva e de conciliação, orientação e vigilância ao exercício ético e disciplinar dos profissionais de Enfermagem (COFEN, 2018).

A denúncia é o ato pelo qual se atribui a alguém a prática de infração ética ou disciplinar, realizando a comunicação formal de uma situação em que a atuação profissional do (a) Enfermeiro (a), Técnico (a) e Auxiliar de Enfermagem não estejam em conformidade com a Lei do Exercício Profissional e/ou com o CEPE (COFEN, 2017; COFEN, 1986).

A apresentação da denúncia poderá ser realizada por qualquer pessoa, trabalhador de Enfermagem, cliente/paciente, família, instituição de saúde, comissões de ética, ou qualquer outro interessado (COFEN, 2010).

Para proceder a uma denúncia ético-profissional o interessado deverá apresentá-la por escrito ou, quando verbal, reduzida a termo por servidor ou Conselheiro, indicando: a quem é dirigida (Presidente do Conselho); nome e qualificação do denunciante ou representante; narração objetiva do fato ou ato, se possível com indicação de localidade, dia, hora e circunstâncias, tudo exposto com clareza, precisão e ainda, quem as cometeu (COFEN, 2010).

Quando instaurado um processo ético-profissional o mesmo terá os trâmites semelhantes aos dos processos da justiça comum: existe um denunciante e um denunciado, ambos com amplo direito de defesa de seus argumentos, em geral acompanhados por advogados e contando com o respaldo de testemunhas (COFEN, 2010).

O ato processual, assim é chamado o modelo de julgamento é realizado na sede do Conselho Profissional. A Comissão de Instrução de Processo Ético (CIPE) tem a responsabilidade de receber as denúncias; organizar e instruir os PED visando a apuração dos fatos descritos na acusação. A comissão auxilia o acompanhamento do cumprimento do Código de Ética, preservando a profissão, os bons profissionais e os direitos da sociedade.

Uma CIPE é composta de até três membros escolhidos dentre o quadro de inscritos, de categoria igual ou superior à do denunciado, desde que estejam adimplentes com suas obrigações relativas ao Conselho, que não tenham relação ou vínculo com as partes

denunciada/denunciante envolvidas e que não respondam a processo ético, são eles: Membro presidente da comissão, secretária (o) e membro vogal (COFEN, 2010).

A resolução do COFEN, que trata das Infrações<sup>3</sup>, institui que a gravidade da infração seja caracterizada por meio da análise dos fatos descritos na denúncia. De maneira sistemática, o Código de Processo Ético Disciplinar contém o conjunto de normas que regem a aplicação do CEPE em todo o território nacional pelos Conselhos de Enfermagem.

Uma vez, concluída a instrução, após o julgamento, será aplicada a sanção disciplinar cabível descrita na Lei Regimental do Exercício Profissional, e as penalidades a serem impostas variam de acordo com a gravidade determinada pelo CEPE. Em casos menos graves podem ser advertência verbal; multa de pagamento de um a dez vezes o valor da anuidade da categoria profissional à qual pertence o infrator, e censura que ocorre como uma repreensão que será divulgada nas publicações oficiais do Sistema COFEN/COREN e em jornais de grande circulação (COFEN, 2017).

Em casos moderados a graves, ocorre a suspensão, que consiste na proibição do exercício profissional da Enfermagem por um período de até 90 (noventa) dias e será divulgada nas publicações oficiais do Sistema COFEN/COREN, jornais de grande circulação e comunicada aos órgãos empregadores. E em casos considerados gravíssimos, incluindo óbitos, poderá haver a perda do direito ao exercício da Enfermagem por um período de até 30 anos.

---

<sup>3</sup> Considera-se infração ética e disciplinar a ação, omissão ou conivência que implique em desobediência e/ou inobservância às disposições do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, bem como a inobservância das normas do Sistema COFEN/Conselhos Regionais de Enfermagem.

## **5 CAPÍTULO 3 - CARACTERÍSTICAS DOS PROCESSOS ÉTICO DISCIPLINARES E DOS EVENTOS ADVERSOS**

Este capítulo caracteriza os eventos adversos extraídos dos processos ético disciplinares, e apresenta o perfil dos profissionais envolvidos nos incidentes.

Em relação ao perfil dos trabalhadores envolvidos com a ocorrência de eventos adversos que culminaram em processos ético disciplinares, identificamos que oito dos infratores eram profissionais do nível médio/Técnicos de Enfermagem; quatro eram profissionais do nível superior/Enfermeiros. Identificamos ainda o envolvimento de um profissional do nível fundamental/atendente de Enfermagem, e um estudante do curso de graduação em enfermagem.

No que diz respeito à caracterização do sexo dos profissionais encontrados nos processos selecionados, todas as profissionais envolvidas nos sete PED decorrentes de EA que estavam em posse do Conselho eram do sexo feminino. O último estudo realizado pelo COFEN em 2013 em parceria com o Núcleo de Estudos e Pesquisas em Recursos Humanos em Saúde, da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) com o objetivo de traçar o perfil da Enfermagem brasileira apontou que 85% da profissão é predominantemente composta por mulheres (SILVA et al., 2018; COFEN, 2013). E nesse estudo pode-se confirmar esse achado, visto que todas as profissionais envolvidas nos sete EA analisados eram mulheres.

A literatura reconhece que o preconceito de gênero restringiu a participação dos homens na profissão. Por muito tempo, estereótipos colocados como característicos ao sexo feminino, como carinho e sensibilidade, estavam relacionados ao fazer Enfermagem, enquanto a força e a razão pertenceriam a sexo masculino (GONÇALVES, 2017). Por ser uma profissão antiga, há muito desenvolvida por mulheres, bem antes de ser considerada ciência, foi construída historicamente como uma prática feminizada. Há predomínio do sexo feminino entre os EA analisados e também no perfil da Enfermagem nos dias atuais (COFEN, 2013).

Durante a coleta de dados foi possível identificar que os PED que estavam disponíveis no conselho profissional para consulta datavam de 2009 a 2017, aqueles identificados como provenientes de EA ocorreram respectivamente em 2010 (2), 2011 (2), 2012 (1), 2014 (1) e 2017 (1). Percebe-se a existência de uma ausência de processos por EA entre os anos de 2013, 2015, 2016 e 2017. Pode-se dizer que esse número reduzido de processos relacionados a EA,

seja atribuído ao fato de que o PED quando encaminhado a Autarquia não é caracterizado como decorrente de um EA, e sim como uma infração ao CEPE.

A análise dos EA que geraram PED permitiu identificar a ocorrência de erros de habilidade, regras e de conhecimento, envolvendo o evento relacionado a administração de medicação conforme pode ser visualizado, em seguida no Quadro 2.

**Quadro 2 - Apresentação do Evento Adverso e suas características. Maceió – AL, Brasil, 2020.**

Processo	PED001	PED002	PED003	PED004	PED005	PED006	PED007
Tipo de EA	Medicação	Medicação	Procedimento clínico	Procedimento clínico	Medicação	Procedimento clínico	Medicação
Ocorrência	Aplicação de vacina antirrábica canina em criança.	Aplicação de vacina com prazo de validade vencido em criança.	Queimadura em recém-nascido durante o banho.	Aplicação de benzetacil em criança, causando amputação.	Realização de medicação errada em adulto após não ter entendido a prescrição do médico que estava ilegível.	Aplicação de dipirona intramuscular em região glútea e lesionou o nervo fibular esquerdo da criança.	Realizou dose de medicamento (rifampicina) sem verificar o prontuário do paciente que era alérgico à medicação.
Tipo de Erro	Regra/Habilidade	Regra/habilidade	Habilidade/regra/conhecimento	Habilidade/conhecimento	Regra/conhecimento	Habilidade/conhecimento	Regra/conhecimento
Grau do dano COFEN	Moderado	Moderado	Grave	Grave	Moderado	Grave	Leve
Grau do dano*	Leve	Leve	Grave	Grave	Leve	Grave	Leve
Nível de Atenção	Unidade básica de saúde	Unidade básica de saúde	Hospital	Unidade básica de saúde	Hospital	Unidade básica de saúde	Hospital
Desfecho/ Penalidade	Censura e Advertência verbal	Prescreveu em 2016 sem punir os responsáveis	Advertência verbal	Advertência verbal	Advertência verbal e censura	Censura e Multa de 04 anuidades	Advertência verbal e multa

\*ICPS/WHO. Fonte: Dados da Pesquisa, 2020.

Conforme apresentado, apenas três casos de EA que geraram PED ocorreram em ambiente hospitalar, os demais (quatro) ocorreram na Atenção Primária, em Unidades Básicas de Saúde. Esse achado diverge de um estudo descritivo que identificou no Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária (NOTIVISA) que a maior parte dos EA que resultaram em óbitos ocorreram nas instituições hospitalares (MAIA et al., 2018). De acordo com os dados do Relatório de EA divulgado pela ANVISA, o número de incidentes registrados no estado de Alagoas entre março de 2014 a junho de 2019 foi de 1.562 (mil quinhentos e sessenta e dois) registros. Destes, não existem notificações específicas em nível de Atenção

Primária (BRASIL, 2019). Este dado se contrapõe ao que demonstra os dados da presente pesquisa, visto que as ocorrências de EA encontradas aconteceram em sua maioria em UBS.

Um estudo de revisão sistemática, que buscou identificar na literatura as metodologias utilizadas para avaliação de incidentes na atenção primária à saúde, observou a necessidade de ampliar a cultura de segurança, a fim de habilitar pacientes e profissionais para reconhecerem e gerenciar os EA, e afirma que investigações sobre segurança do paciente na literatura têm sido centradas em hospitais e atribui esse fato ao maior nível de complexidade do ambiente hospitalar (MARCHON; MENDES, 2015).

A respeito das dificuldades relacionadas ao cuidado seguro na prática clínica, um estudo que buscou compreender as concepções de enfermeiras atuantes acerca da segurança do paciente na atenção primária em saúde, concluiu que os problemas relacionados aos erros na assistência eram relativos à gestão e/ou organização e à sobrecarga de trabalho. Sobre a falta de recursos humanos, a literatura afirma que é imperativo que exista um número apropriado de profissionais para que ocorra um cuidado seguro, sendo uma responsabilidade institucional fornecer condições adequadas nas unidades (SILVA et al., 2018).

Procedimentos que possuem caráter invasivo tem maior probabilidade de resultar em um EA, é o que revela o estudo de De Vries et al., 2018, sobre a incidência de EA intrahospitalares envolvendo 74.485 pacientes. Os pesquisadores afirmam que grande parte dos EA investigados está relacionada à administração medicamentosa onde barreiras de segurança podem ser implementadas e, sendo assim, quase metade desses eventos seria evitável (DE VRIES et al., 2018).

Autores recomendam que fundos e esforços devem ser concentrados em intervenções destinadas a reduzir esses tipos de eventos, sendo a Educação Permanente em Saúde (EPS) uma aliada desse processo (SIMAN; CUNHA; BRITO, 2017). A EPS é entendida, como uma prática de ensino-aprendizagem e como uma política de educação na saúde (CECCIM; FERLA, 2009). Sendo ainda compreendida por Franca et al., (2017) como um conceito pedagógico que relaciona ensino, serviço, docência e saúde, contribuindo para o desenvolvimento profissional, a gestão setorial e o controle social.

Para Silva et al., (2016) quando a EPS está inserida no processo de trabalho há melhora na formação, proporciona o desenvolvimento dos profissionais e, assim, fortalece e desenvolve as ações de saúde. Os autores acreditam que um dos preceitos que sustenta a EPS está na construção de propostas educativas a partir dos problemas encontrados na realidade do trabalho. As ações do processo de trabalho, gestão, atenção e educação, devem ser articuladas e desenvolvidas e, desta forma, projetadas, fortalecidas, gerando o empoderamento

institucional, comunitário (LEMOS, 2016) e pessoal/profissional de cada profissional de saúde.

Como exemplo disso têm-se os erros de medicação no qual Silva-Santos et al., (2018) aponta que ao ser constatado um incidente, a ênfase não é dada à educação, mas sim à punição; o que, em vez de contribuir para prevenção faz com que cada vez menos os erros sejam notificados, prejudicando o conhecimento de seus fatores de risco e permitindo sua repetição. Os autores concordam que aproximar as ações educativas do cotidiano de trabalho é uma ação efetiva, pois o ambiente de trabalho é também um espaço de aprendizado. Dessa forma, as ações diárias de trabalho e as situações vivenciadas, ao serem analisadas de forma crítica e reflexiva podem valorizar o processo de trabalho (SILVA et al., 2016; VOLPE et al., 2016).

No entanto, em países desenvolvidos, a forma como é comunicado um incidente ao paciente e/ou aos seus familiares e cuidadores tem influenciado na tomada de decisão desses na hora de abrir ou não um processo jurídico contra a instituição e profissionais envolvidos em um EA, conhecido como disclosure. Um estudo sobre a implantação de uma política de comunicação aberta - disclosure, perante eventos adversos identificou um declínio na taxa de abertura de processos e novos pedidos de indenização e, conseqüentemente, diminuição nos gastos financeiros com a instituição com a implantação dessa política. Ao contrário dos resultados negativos esperados, instituir a divulgação de erros na assistência foi benéfico para o hospital investigado (KIM et al., 2017).

No Brasil, esta estratégia pode estar longe de se tornar uma realidade devido à cultura punitiva ainda presente em nossa sociedade, já que aliada a ela estaria o estigma de que há maior risco de represálias aos profissionais se esses realizassem a comunicação do erro; uma vez que o medo ainda se faz presente, por ainda não se dispor de uma cultura institucional de acolhimento a esses profissionais, bem como a depender da gravidade do EA esse “assumir o erro” seria considerado base documental legal para a abertura de um processo ético das vítimas (SIMAN; CUNHA; BRITO, 2017; SALEM et al., 2019).

Ao relacionar a gravidade do incidente, na visão da Resolução n° 564 de 2017, com o Grau de Dano segundo a ICPS/WHO, identificou-se divergências a respeito do dano gerado segundo o documento da ICPS e o parâmetro seguido pelo COFEN. Diante a categorização dos EA encontrados nos processos, foi identificado que, dos sete PED decorrentes de EA quatro foram danos gerados por erros relacionados a nível de conhecimento e regras, ações que já pertenciam a rotina do profissional, onde o resultado dependia do conhecimento prévio da ação e dos resultados esperados, e da capacidade de análise por parte do profissional.

Foram danos relacionados à administração de medicamentos, sendo dois EA decorrentes da administração de vacinas.

Os PED 001 e 002 são considerados Evento Adverso Pós-Vacinação<sup>4</sup> (EAPV) de nível grave segundo o Manual de EAPV<sup>TM</sup>. Segundo o disposto na Resolução COFEN n° 564 de 2017 em seu Artigo n° 45, que estabelece como dever do profissional, prestar a assistência de Enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência, fica claro que os profissionais envolvidos nos PED de número (001, 002 e 007) não seguiram uma das metas do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) que preconiza a segurança em terapia medicamentosa.

Instituído pelo Ministério da Saúde desde 2013, o PNSP busca qualificar todos os estabelecimentos de saúde, preconizando a existência de protocolos de segurança na prescrição, no uso e na administração de medicação. Itens que não foram considerados durante a leitura dos processos, ao deixar de ler o rótulo da vacina - PED001; verificar validade da medicação - PED002; conferir alergia medicamentosa do paciente com seu respectivo registro no prontuário - PED007.

Referente a questão da segurança na prescrição, no uso e na administração de medicação, o PED007 apresenta uma situação a respeito da falha de comunicação entre a profissional e seu paciente. A técnica de Enfermagem administrou Rifampicina durante a dose supervisionada. O paciente, que era alérgico a medicação, apresentou os sintomas característicos de reação anafilática em poucos instantes.

A segunda meta internacional de segurança do paciente da JCI preconiza a melhora da comunicação, seja ela oral, escrita, via eletrônica, entre funcionários, com/entre médicos, com a administração, com paciente ou família, e afirma que a prática de uma comunicação ineficaz constitui uma das três principais causas de eventos sentinela, ou seja, uma ocorrência inesperada que implique em morte ou perda grave e permanente de função.

Um estudo que objetivou descrever o cuidado de enfermagem com base nas metas internacionais de segurança do paciente da JCI, identificou problemas de comunicação entre provedores de cuidado aos pacientes em serviços de hemodiálise. Os entrevistados relataram que a comunicação não era efetiva e expressaram preocupações de que isso estava afetando negativamente o cuidado dos pacientes e colocando-os em risco de eventos adversos (AGUIAR et al., 2019).

---

<sup>4</sup> O Evento Adverso Pós-Vacinação (EAPV) é conceituado como qualquer ocorrência clínica indesejável em indivíduo que tenha recebido algum imunobiológico. Podem ser sistêmicos ou locais e são classificados quanto à intensidade como grave, moderado ou leve (EAPV, 2014).



O tratamento específico da hanseníase, recomendado pela WHO e preconizado pelo MS é a poliquimioterapia (PQT), uma associação de Rifampicina, Dapsona e Clofazimina. O tratamento é ambulatorial, em unidades públicas de saúde, onde para cada fase ocorrem doses supervisionadas (BRASIL, 2008).

A administração das doses supervisionadas, assim como a aplicação do tratamento, são atribuições que cabem ao enfermeiro, diferente do que foi verificado no PED007. No entanto, as doses são realizadas durante a consulta de Enfermagem, sendo esta, uma atividade privativa prestada pelo enfermeiro, sendo sua responsabilidade, assistir o paciente hanseniano de forma individualizada e sistematizada, desde o momento do diagnóstico até o acompanhamento pós-alta, possibilitando a criação de vínculo e melhor interação com o paciente, maior adesão ao tratamento e melhor prognóstico (COFEN, 1986; RODRIGUES et al., 2015).

Em um estudo realizado em UBS, os pesquisadores identificaram que a comunicação foi o fator contribuinte mais comum para ocorrência de incidentes na atenção básica. E 24% das falhas de comunicação, descritas nos registros, ocorreram entre o profissional e o paciente. De acordo com o estudo, as dificuldades dos profissionais estariam relacionadas a estabelecer vínculos, ter escuta qualificada aos pacientes e a existência do não compartilhamento de informações (MARCHON; MENDES, 2015).

Em geral, ao analisar os PED foram percebidos erros em relação à regras e conhecimento, sendo (04) quatro dos EA relacionados à medicação. Para evitar esses incidentes, tem-se de utilizar o que a literatura chama de os “certos da administração de medicamentos”, os quais são as bases do ensino de administração de medicamentos em escolas de Enfermagem. Os cinco certos advertem o enfermeiro quanto à administração do medicamento certo, para o paciente certo, com a dose certa, na via certa e no horário certo (MIEIRO et al., 2019).

Anteriormente eram considerados apenas cinco certos. Atualmente, segundo a literatura, podem chegar até nove certos, e são utilizados para advertir os profissionais e estudantes sobre fatores que podem ocasionar os erros de medicação (MIEIRO et al., 2019). Tais itens devem ser sistematicamente verificados a cada administração medicamentosa: Medicação certa; Paciente certo; Dose certa; Via certa; Horário certo; Registro certo; Ação certa; Forma farmacêutica certa, e Monitoramento certo.

Pérez-Díez et al., (2017) evidenciou que os EA mais frequentes estão relacionados à administração de medicamentos e os erros mais comuns provinham da técnica de administração e preparo. Os fatores que poderiam justificar a maioria dos erros estariam

relacionados ao estado clínico do paciente, o alto número e variedade de medicamentos utilizados em um curto espaço de tempo, interferências e interrupções e a grande variedade de profissionais com treinamento e competência diversificados que atendiam os pacientes (PÉREZ-DÍEZ et al., 2017).

A maior incidência de ocorrências éticas relacionadas erros de medicação foi realizada por Técnicos de Enfermagem. Neste aspecto, ressalta-se que há uma preocupação constante em relação às questões relacionadas à administração de medicamentos, pois tal ação é uma das maiores responsabilidades da equipe de Enfermagem que requer atenção, pensamento crítico e não somente técnica (MATTOZINHO; FREITAS, 2015).

Os erros de medicação estão diretamente relacionados aos princípios básicos de administração de medicamentos tradicionalmente vinculados à enfermagem (DUARTE et al., 2016). Mattozinhos; Freitas (2015) observou que a maior incidência de ocorrências éticas relacionadas a erros de medicamentos foi realizada por técnicos de Enfermagem. Neste aspecto, ressalta-se que há uma preocupação constante em relação às questões relacionadas à administração de medicamentos, pois tal ação é uma das maiores responsabilidades da equipe de Enfermagem que requer atenção, pensamento crítico e não somente técnica.

A administração segura de medicamentos é algo amplamente debatido. Llapa-Rodriguez et al., (2017), avaliaram a conformidade da assistência e a adesão dos profissionais de Enfermagem aos itens de verificação para a administração segura de medicamentos em uma unidade de terapia intensiva de um hospital público e sugere que a baixa taxa de adesão ao item “medicamento certo” pode estar associada a fatores dispersivos no ambiente laboral, ambiência, disposição de insumos, atuação do enfermeiro na unidade assistencial e ausência de um planejamento da assistência de Enfermagem, repercutindo em elevados percentuais de erros na terapêutica (LLAPA-RODRIGUEZ et al., 2017).

O termo “Erro de medicação”, segundo a *National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention* consiste em qualquer evento evitável que cause ou induza o uso inadequado de um medicamento. Tais erros podem ser decorrentes da prescrição médica, rotulagem dos produtos semelhantes, composição, ou falhas na distribuição, administração, monitoramento e do exercício profissional (NCCMERP, 2020).

A notificação dos erros assistenciais permite desenvolver uma abordagem sistêmica para definir estratégias de prevenção da ocorrência e controle de erros. Os NSP são importantes, pois recolhem informações de riscos que impactam na assistência ao paciente, e desse modo reconhecem e utilizam a ocorrência do erro como aprendizado relevante para todos os componentes da equipe que prestam o serviço. Assim, é possível compartilhar as

informações partir da integração dos setores, promovendo a articulação dos processos de trabalho dos profissionais atuantes e auxiliando o processo de notificação (PRATES et al., 2019; BRASIL, 2016; MASCARENHAS, 2015).

Silva e Santana (2018) associam a ausência de mecanismos que reduzam ou que impeçam o erro antes de alcançar o cliente (consumidor final) como uma das explicações para o número crescente de erros com medicamentos no ambiente hospitalar. Atualmente, o erro não é observado do ponto de vista da melhoria e crescimento, mas sim de forma inadmissível. O erro no processo de medicação é facilmente identificável, dadas às reações que pode provocar e por envolver diversos trabalhadores e etapas, permite também a identificação de mais falhas nas barreiras de proteção ao erro (SILVA-SANTOS, 2018).

O grau de dano dos EA encontrados foi caracterizado seguindo a definição da ICPS/WHO conforme a gravidade e duração do dano (WHO, 2009). No PED003 – uma acadêmica de Enfermagem não avaliou a temperatura da água durante o preparo do banho de um recém-nascido (RN) e acabou causando queimaduras nos membros inferiores. De acordo com a descrição do PED a queimadura gerou lesões graves ocasionando e sequelas permanentes ao paciente, uma vez que o mesmo sofreu amputação de dois dedos de um dos pés.

A acadêmica de Enfermagem não respondeu diretamente ao PED, pois estava em horário de estágio e nesse caso, segundo a lei 11.788 de 25 de setembro de 2008 todo estudante necessita estar sob supervisão de um funcionário do quadro de pessoal da instituição promotora do estágio, com formação ou experiência profissional na área de conhecimento do estagiário, para orientar e supervisioná-lo, nesse caso ela deveria estar sendo supervisionada por uma Enfermeira atuante no setor.

Em relação à faixa etária, esperava-se encontrar uma maior prevalência de EA nos extremos de idade, as crianças e os idosos, já que, de acordo com a literatura (SOUZA et al., 2018), esses são os grupos fisiologicamente mais predispostos ao surgimento de EA. Entretanto, verificou-se nesse estudo uma maior prevalência de EA em crianças.

De acordo com a literatura, a segurança do paciente apresenta um desafio ainda maior quando se refere à pacientes pediátricos, por se tratar de uma população mais vulnerável a sofrer com EA de medicação. Em geral, as crianças possuem características particulares relacionadas à fisiologia, uma vez que a criança altera sua capacidade de absorção, metabolização e excreção das drogas, o que nem sempre, em virtude disso a gravidade dos casos em que houve um dano pode não ser percebida (LIMA; RIBEIRO, 2017).

O sistema de medicação é constituído por vários processos como a prescrição, a revisão e validação da prescrição, a distribuição ou dispensação, o preparo, a administração e acompanhamento do paciente para monitoramento da ação ou reação ao medicamento. Erros ou falhas podem ocorrer em qualquer uma dessas fases. Existem quatro categorias principais para as causas do erro: a falta de conhecimento ou habilidade, dificuldade em cumprir regras, procedimentos e políticas, falha na comunicação e a experiência pessoal do profissional, como o estado mental, stress, e distração (FREITAG et al., 2015).

No PED004, uma profissional técnica de Enfermagem realizou a aplicação de benzetacil em uma criança, que teve dois dedos de um dos pés amputados. Já no PED006, houve aplicação de dipirona intramuscular em região glútea houve lesão do nervo fibular esquerdo de uma criança, que precisou ser submetida à intervenção cirúrgica e acompanhamento profissional continuado. Os dois casos se referem à EA de medicação, são erros em nível de habilidade e conhecimento, pois, envolvem falhas de execução e o resultado depende do conhecimento prévio.

Um estudo realizado com 68 profissionais da área da Enfermagem, sendo seis enfermeiros, 41 técnicos de Enfermagem e 21 auxiliares de Enfermagem, buscou analisar o conhecimento dos profissionais de Enfermagem sobre a delimitação geométrica da técnica de aplicação de injetáveis. Os autores afirmam que a excelência na execução das técnicas de aplicação de medicação por via intramuscular está diretamente relacionada ao aprimoramento contínuo dos saberes dos profissionais (FREITAG et al., 2015).

Todos os casos acima mencionados são resultados de erros em nível de habilidade e conhecimento, que geraram “Danos Graves” ao paciente segundo a taxonomia do ICPS/WHO, onde foi necessária intervenção para salvar a vida, grande intervenção médico-cirúrgica ou causou danos permanentes ou em longo prazo. Porém, observa-se nos casos dos PED 001, 002 e 005, que estes se enquadram como infração de Nível Moderado de acordo com a Resolução 564/2017 do COFEN, e os mesmos são considerados como Danos Leves de acordo com o ICPS/WHO, pois os pacientes apresentaram sintomas leves em decorrência do EA, sendo necessária intervenção profissional mínima, como ficar em observação.

Atribui-se esse tipo de grau de dano, ao fato de que a Autarquia só possui a resolução do Código de Ética como parâmetro de avaliação das infrações realizadas pelo profissional. E sendo assim, a CEE o utiliza para todos os casos que analisam, sejam eles decorrentes de EA ou não. Essa pode ser considerada uma falha no processo de julgamento dos PED decorrentes de incidentes com danos, que deveriam considerar a cultura de segurança, bem como a cultura justa como uma forma de avaliação. Entretanto, ao relacionar os PED com a ICPS, vê-se a

possibilidade de conduzir o julgamento à luz da Cultura Justa. Não eximindo o profissional da culpa, se assim for o caso, mas verificando por quais aspectos do sistema suas ações foram guiadas, até chegar ao dano, produto do erro.

Para a ICPS/WHO são considerados danos leves aqueles em que o paciente apresentou sintomas leves, danos mínimos ou intermediários de curta duração sem intervenção ou com uma intervenção mínima. Sendo esse o caso dos seguintes PED: PED001 – Aplicação de vacina antirrábica canina; PED002 – Aplicação de vacina com prazo de validade vencido; PED005- Realização medicação errada em adulto após não ter entendido a prescrição do médico que estava ilegível e PED007- Realização medicação sem verificar o prontuário do paciente que era intolerante à medicação. Em todos esses exemplos foram necessárias intervenções mínimas, alguns casos não houve reação.

Ao observar o EA presente no PED001, onde houve um EA por medicação, com a aplicação de vacina antirrábica canina em uma criança. No entanto, sob a ótica da cultura de segurança é possível questionar os acontecimentos que culminaram no dano. Essa situação sugere um erro do nível de habilidade, pois a técnica teve um comportamento automático e rotineiro, com baixo nível de consciência aplicado.

Sugere ainda um erro em nível de conhecimento, pois ao administrar uma vacina destinada a animais, em humanos, não teria conhecimento prévio das consequências que o ato traria tanto ao paciente, quanto a si. Existiram falhas operacionais, mas também limitação da capacidade de análise da situação por parte da profissional.

A adoção de práticas seguras nos serviços de saúde é imprescindível, como a implantação do sistema de comunicação aberta e notificação de EA, contando com o planejamento e a discussão de um plano de ação e a identificação de quem, em que local e como vai ser feita a comunicação do erro (MENDES; SOUZA, 2019). Não estando essa estratégia restrita apenas aos ambientes de elevado nível de complexidade, reconhecendo uma unidade de saúde que possui níveis de intervenção de menor complexidade como um ambiente passível a ocorrência de EA, bem como demonstram os resultados deste estudo.

O fato é que dentro das organizações de saúde, ao traçar estratégias de prevenção diante dos erros mais prováveis a cada setor, a ocorrência de EA pode ser diminuída, mas não totalmente evitada. Diante disso, o controle das circunstâncias e dos atos dos profissionais de saúde precisa ser incorporado no gerenciamento do processo de trabalho em saúde para assegurar resultados com o mínimo de erros e a prestação de serviços e ações com qualidade (MENDES; SOUZA, 2019).

Por exemplo, se um determinado setor é responsável por administrar medicamentos, podem ser criados protocolos de dispensação de medicações, prescrições digitais, dupla checagem de administração, elaborar protocolos claros e detalhados para utilização dos medicamentos, uniformizando os processos e reduzindo sua complexidade e variabilidade no sistema; evitar o uso de abreviaturas e prescrições ambíguas; protocolos mais rígidos para confirmação do paciente, todas essas ações podem antever e prevenir danos na assistência.

No entanto, no caso do PED005, que trata de um EA de medicação, devido à administração de medicamento errado, atribuído à ilegibilidade da prescrição médica. É um erro do nível de conhecimento onde a profissional que realizou a medicação não analisou nas circunstâncias em que se encontrava, sua ação levaria ao dano. O paciente em questão, não sofreu reação adversa ao fármaco, mas deixou de receber a medicação correta, no horário correto. Além disso, sua terapia medicamentosa foi interrompida e isso compromete seu tempo de hospitalização, sua resposta ao fármaco.

No caso da ilegibilidade da prescrição, em particular, apenas com o conhecimento do código de ética, o EA poderia ter sido evitado, pois conforme o Artigo nº 46, o profissional de Enfermagem tem o dever a recusar-se a executar prescrição determinadas pela Enfermagem, ou por profissional Médico, devendo esclarecer com o prescritor, e posteriormente registrando a ocorrência no prontuário do paciente (COFEN 2017).

Diante do incipiente entendimento sobre o Código de Ética por parte dos profissionais, alguns conselhos optam por realizar campanhas de divulgação e de conscientização dos profissionais, como parte do planejamento de ações do COFEN para empoderar e valorizar a categoria, a finalidade seria provocar no trabalhador de Enfermagem reflexões sobre o conhecimento acerca de seus direitos e deveres. Contudo, quando o profissional não a conhece, está sujeito por desconhecimento ou indução, a infringi-la (SILVA et al., 2018).

O Código de Ética Médica, veda ao médico receitar ou atestar de forma secreta ou ilegível, conforme identificado no artigo nº 39: “É vedado ao médico: receitar ou atestar de forma secreta ou ilegível, assim como assinar em branco, folhas de receituários, laudos, atestados ou quaisquer outros documentos médicos” (CFM, 2010, pág. 35).

Portanto, não existe afirmativa plausível que justifique a existência de prescrições ilegíveis, já que podem potencialmente trazer complicações gravíssimas à vida do paciente, do próprio médico prescritor e do profissional que administra a medicação, sendo esta um componente das principais atividades da equipe de Enfermagem.

É preciso estar atentos aos fatores contribuintes à ocorrência de um EA, considerando-os como indicadores para reavaliação do processo de trabalho, e não apenas utiliza-los para

punir ou acusar o profissional como o único responsável pela falha de um sistema complexo. A identificação desses fatores, circunstâncias pode influenciar na origem de um EA, e podem ser considerados suficientes para causar o incidente. Identificar os erros que ocorrem no serviço e conhecer as suas causas é essencial para realizar melhorias no processo de trabalho e evitar que se repitam (VOLPE et al., 2016; LLAPA-RODRIGUEZ et al., 2017).

O excesso de trabalho, a falta de pessoal, o volume de tarefas, a carga horária excessiva, e o número de pacientes com grande número de medicações compõem o que se considera como causas organizacionais dos acidentes. As falhas na comunicação e na integração dos setores entre os profissionais são citadas como determinantes na ocorrência dos erros (SOUSA; MENDES, 2019).

Desse modo, ignorar a existência dos fatores causais e sua influencia na ocorrência dos EA, dificulta ou impossibilita qualquer tentativa de esclarecer todos os aspectos que relacionam os incidentes ao ambiente de trabalho. É essencial reafirmar a necessidade de aprofundamento das causas dos acidentes, visando obter qualquer melhoria substancial na segurança (LIMA; RIBEIRO, 2017).

A ocorrência de erros de medicação está associada mais frequentemente a atuação dos profissionais como a não adesão a normas e protocolos, falta de atenção, falha na comunicação, e desconhecimento técnico. Os erros e quase erros de medicação podem ser prejudiciais aos pacientes envolvidos, porém as consequências destes incidentes também recaem sobre a equipe de Enfermagem, como aumento da carga de trabalho e necessidade de providências clínicas e administrativas (BORGES et al., 2016; LLAPA-RODRIGUEZ et al., 2017; VOLPE et al., 2016).

Visando a prevenção de novas ocorrências, as principais sugestões dos profissionais para a prevenção dos erros na medicação foram levantadas por um estudo multicêntrico, realizado em quatro hospitais universitários localizados nas cidades de Recife, Ribeirão Preto, Goiânia e São Paulo, com base nas sugestões dos profissionais, as sugestões seriam: aprimoramento das atitudes individuais dos profissionais, intensificação da educação continuada, reestruturação do quadro de pessoal (BORGES et al., 2016; MIASSO et al., 2006).

Ressalta-se a importância em dar maior atenção ao desenvolvimento do processo de trabalho e aos fatores individuais e sistêmicos que favoreçam o erro na administração de medicação, e as demais intervenções relacionadas com a atuação direta da Enfermagem.

## **6 CAPÍTULO 4 - RELAÇÃO DOS EVENTOS ADVERSOS COM O PROCESSO DE TRABALHO EM ENFERMAGEM**

Este capítulo remete a uma reflexão sobre a relação que os eventos adversos caracterizados no capítulo anterior, possuem com o processo de trabalho do profissional de enfermagem à Luz da Cultura de Segurança.

Os erros relacionados à assistência à saúde são frequentemente relacionados ao profissional e a sua condição, como: falta de atenção, negligência, imprudência, e/ou imperícia. Entretanto, a literatura demonstra que diversos fatores colaboram para a ocorrência do erro (LLAPA-RODRIGUEZ, 2017; SOUSA; MENDES, 2019). Ao analisar esses fatores devem ser considerados o profissional, a equipe, o ambiente e suas características, os processos de trabalho e a tecnologia empregada, tornando-se necessário conhecer os pontos de melhoria e definir as estratégias para alcançá-las (TONDO, 2015).

Os estudos encontrados que tiveram os PED como fonte primária para coleta das informações para o alcance de seus objetivos, quase em sua totalidade, traçaram o perfil dos profissionais de Enfermagem envolvidos nas denúncias. E ao conhecer os dados dos profissionais é possível verificar idade, nível e tempo de formação, de inscrição no conselho, e se já estiveram envolvidos em outros processos éticos (GONÇALVES, 2017; MATTOZINHO; FREITAS, 2015; PEREIRA, 2017; SILVA-SANTOS et al., 2018). Os autores acreditam ainda que o profissional de Enfermagem precisa conhecer o arcabouço jurídico de sua profissão devendo abordar teorias e práticas que conduzam à consolidação de uma atitude ética e segura para si e para outros, desde o início de sua formação (SILVA et al., 2018).

No caso do PED001, uma criança foi encaminhada ao hospital ao receber de uma atendente de enfermagem a aplicação de uma dose da vacina antirrábica canina, em vez da vacina destinada a humanos. A vacina animal possui substâncias adjuvantes, que poderiam causar sintomas semelhantes ao de um processo alérgico. A criança foi acompanhada pela vigilância epidemiológica do estado e após não apresentar nenhuma reação, recebeu alta.

O Sistema Único de Saúde (SUS) oferta de forma gratuita soro e/ou imunoglobulina e vacinas antirrábicas para a profilaxia, o que constitui um dos instrumentos mais importantes para controle da doença. A prescrição correta e a racionalidade no uso destes imunobiológicos são fundamentais para evitar a ocorrência de casos de raiva, e todos os protocolos são disponibilizados pelo MS.



Ao observar o caso do PED001 surgem alguns questionamentos, tais como: o que fazia uma vacina que não estava destinada a humanos junto às demais na geladeira da UBS? E há quanto tempo estava lá? Há frequência na verificação dos componentes presentes na geladeira? Há leitura dos rótulos? Quais os protocolos de segurança fazem parte da rotina dessa equipe? E caso existam, se os mesmos são seguidos e por fim, se há atualização dos procedimentos da sala de vacina para esses profissionais e as instruções são repassadas para toda a equipe da unidade?

A existência de falhas compromete o funcionamento da sala de vacinas, por isso, a importância do monitoramento do processo de trabalho dos profissionais envolvidos na manipulação dessas substâncias. Para isso, instrumentos são disponibilizados pelo Programa Nacional de Imunização (PNI) do MS, que orientam as atividades realizadas nas salas de vacinas. De acordo com o Manual de rede de frio do MS, no encerramento de cada expediente, as vacinas devem ser retiradas da caixa térmica de uso diário, identificando nos frascos a quantidade de doses que podem ser utilizadas no dia seguinte, observando o prazo de validade após a abertura e guardando-os no refrigerador (BRASIL, 2017).

Nos refrigeradores domésticos, os imunobiológicos devem ser organizados por tipo (viral ou bacteriano) e acondicionados nas 2ª e 3ª prateleiras, e os produtos com prazo de validade mais curto devem ser dispostos na frente dos demais frascos, facilitando o acesso e a otimização da sua utilização (BRASIL, 2017). A fim de reduzir os riscos de erros que possam comprometer a qualidade do atendimento da sala de vacina, o enfermeiro responsável pela sala de vacinação deve fazer o monitoramento constante dos registros efetuados pela equipe de vacinação. Periodicamente, deve ser feita a avaliação do processo de trabalho da equipe, podem ser ainda instituídas estratégias para corrigir eventuais erros, como adoção de ferramentas para mensurar a qualidade da assistência prestada, que associem métodos e técnicas para identificação de problemas e suas causas, bem como, forneçam condições para busca e descrição da causa do incidente, contribuindo para o resultado (BRASIL, 2017).

Um ponto importante a ser destacado, a profissional que realizou a imunização era uma atendente de Enfermagem. De acordo com a Lei 7.498 de 1987, os atendentes de Enfermagem em virtude de carência de recursos humanos, devem ter o exercício das atividades elementares desempenhadas sob orientação e supervisão de um Enfermeiro. Sendo consideradas atividades elementares de Enfermagem, aquelas atividades que compreendem ações de fácil execução e entendimento, baseadas em saberes simples, sem requererem conhecimento científico, e, não envolvem cuidados diretos ao paciente, não colocam em risco a comunidade, o ambiente e/ou

a saúde do executante, mas contribuem para que a assistência de Enfermagem seja mais eficiente.

Os erros de habilidade e de regra são observados no PED001, pois um comportamento rotineiro como uma aplicação de vacina, em geral não é considerado como uma atividade que requer um alto emprego cognitivo, contudo, uma atribuição foi delegada a uma profissional sem treinamento para tal. Então, de que forma essa equipe estaria sendo conduzida, já que os indícios são de que seus colaboradores desempenham suas atividades sem a supervisão de um profissional de Enfermagem de nível superior, que coibiria a atuação da atendente de Enfermagem na assistência direta aos pacientes, realizando procedimentos invasivos.

No EA presente no PED002 houve a aplicação de vacina com prazo de validade vencido em uma criança, onde apenas ao chegar em casa e guardar o cartão vacinal, o genitor verificou a data de vencimento registrada, este caso aborda o funcionamento inadequado da sala de vacina, e paralelo a isso tem-se Erros a níveis de habilidade e regra, que gerou um EA de medicação com Dano Leve segundo a taxonomia ICPS/WHO, e dentro do seguimento do PED foi julgado como Dano Moderado, sem punição aos responsáveis envolvidos, porque o processo foi prescrito<sup>5</sup>.

A literatura mostra que profissionais experientes apresentam uma maior propensão a ocorrência de erros a “nível de habilidade”, pois, os mesmos se sentem convencidos de que seu julgamento e decisão são os mais corretos, mesmo quando estão errados (OLIVEIRA et al., 2019). Os erros decorrentes da terapia medicamentosa representam um dos tipos de incidentes mais comuns nas instituições de saúde e são provocados, em grande parte, por falhas nos processos e procedimentos durante o cuidado (SANTOS; ROCHA; SAMPAIO, 2019).

Os PED 001 e 002 ocorreram em salas de vacina, com uma profissional de nível médio e uma profissional de nível fundamental, como agentes do erro, contudo, ao considerar o descrito na Portaria do Ministério da Saúde nº 2436/2017, que trata da Política Nacional da Atenção Básica-PNAB, bem como o Parecer Técnico nº 037 emitido em 2016 pelo COREN de Pernambuco, o profissional de nível superior/enfermeiro é responsável pela supervisão, pelo monitoramento do trabalho desenvolvido na sala de vacinação e pelo processo de educação permanente da equipe (BRASIL, 2017; COREN, 2016).

---

<sup>5</sup> Resolução COFEN/2010 - Art. 156. A pretensão à punibilidade das infrações ético-disciplinares prescreve em 5 (cinco) anos, contados da data de ocorrência do fato. §1º. Aplica-se a prescrição a todo processo ético-disciplinar paralisado por mais de 3 (três) anos, pendente de despacho ou julgamento, devendo ser arquivado.

A supervisão do líder da equipe de Enfermagem é imprescindível para a qualidade do serviço realizado e para o desenvolvimento das habilidades e competências de seus colaboradores (BRASIL, 2017). Ao observar os casos dos PED 001 e 002 torna-se possível questionar sobre o processo de trabalho dessas unidades, a Enfermagem é imprescindível para o funcionamento do serviço de imunização e percebe-se a importância da supervisão do enfermeiro em todo o processo, bem como da sua atuação enquanto educador da equipe.

Com relação ao PED003, tem-se EA por procedimento clínico errado, considerado um “Dano Grave” de habilidade, regras e conhecimento, pois houve falha no reconhecimento de sinais que interrompessem a execução da ação por parte de uma estudante de graduação em Enfermagem que sem supervisão de sua preceptora de estágio, ao realizar um banho em um RN causou graves queimaduras em 36% do corpo de um RN, que precisou passar por procedimentos cirúrgicos, tratamentos complexos e teve um período de internação maior que o esperado, prolongado por um mês e 24 dias.

Esse caso permite a realização de algumas reflexões sobre o ocorrido, tais como: por que a estudante estava atuando sem supervisão? Isso sugere que existem falhas organizacionais e com relação à conscientização da equipe sobre suas atribuições. Sobre as características do ambiente, houve treinamento da estudante para atuar no setor? Lidar com pacientes neonatos aumenta o nível de complexidade das ações e requer atenção redobrada.

Havia identificação da temperatura da água no recipiente? Por que a temperatura da água não foi checada pela estudante? É preciso atenção à forma com que os procedimentos operacionais padrão são apresentados aos profissionais. Como essa estudante foi acolhida no processo pós-incidente? Recebeu algum auxílio psicológico? Esses questionamentos revelam a importância em analisar o EA para além do indivíduo envolvido no erro.

O banho é uma atividade que visa à higiene, estimula a circulação geral da pele e promove sensação de conforto. Para que o cuidado seja mais efetivo, o cuidador precisa reconhecer comportamentos de estresse do RN, buscando a partir deste momento promover uma adequação das intervenções a serem prestadas (PERINI et al., 2014; RUSCHEL; PEDRINI; CUNHA, 2018).

Ruschel; Pedrini; Cunha (2018) avaliaram o risco de hipotermia após banho em RN em relação às características do banho, observou que a temperatura da água utilizada para o primeiro banho de imersão, manteve-se dentro da faixa térmica preconizada pela rotina assistencial do hospital em questão na maioria das verificações. A rotina institucional do hospital onde foi realizado o estudo preconiza que a temperatura da água do banho esteja em 38°C e foi verificada por termômetro digital.

Nessa mesma perspectiva, um ensaio clínico randomizado controlado realizado com 33 neonatos no alojamento conjunto de uma maternidade brasileira corrobora com o valor ideal a respeito da temperatura da água do banho, e afirma que a temperatura da água deve ser monitorada durante o procedimento, recomendando o valor de 38°C (LIMA et al., 2020).

Para evitar situações semelhantes sugere-se a instituição de um protocolo de banho no RN para o setor que aborde considerações gerais sobre o banho, como: importância, finalidade, avaliações de Enfermagem a respeito do RN, e da temperatura ideal da água, *check-list* de material necessário incluindo um Termômetro Digital, aquático ou Infravermelho, para verificar a temperatura da água utilizada antes de imergir o RN para evitar danos à integridade da sua pele, como foi o caso do PED003.

Santos (2019) analisou os fatores associados aos erros dos estudantes de enfermagem durante a aprendizagem clínica, onde os estudantes perceberam a si mesmos como os principais contribuintes para o erro, apontando dados como estresse, medo de falhar, falta de experiência, falta de atenção, falta de conhecimento teórico. Contudo, os estudantes reconheceram seus erros e consideraram que essas ocorrências tinham potencial de aprendizado e desenvolvimento. Infelizmente não se sabe o que aconteceu com a estudante envolvida no EA, visto que quem respondeu pelo incidente foi sua preceptora.

O EA presente no PED004 relata a ação de uma técnica de Enfermagem que realizou a aplicação de benzetacil em uma criança resultando na amputação de dois dedos do membro inferior de uma criança. A suspeita é de que houve uma grave lesão vascular decorrente da aplicação incorreta do antibiótico. Tem-se um resultado semelhante ao EA encontrado no PED006, onde outra profissional de Enfermagem do nível médio realizou a aplicação de dipirona intramuscular na região glútea e lesionou o nervo fibular esquerdo da criança.

Ambos são erros a níveis de habilidade e conhecimento, decorrentes de procedimento clínico envolvendo aplicação medicação que culminaram em um evento adverso. Uma das metas estabelecidas pelo PNSP tem como foco a segurança dos medicamentos, sendo publicado o “Protocolo de segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos”, documento norteador para a promoção de práticas seguras no uso de medicamentos em estabelecimentos de saúde no país (BRASIL, 2013).

No caso dos PED 004 e 006, deveria ser preconizado o que estabelece a ANVISA, como procedimento operacional padrão para administração de medicamentos (Implementar a prática de verificação dos nove certos da terapia medicamentosa; Somente administrar medicamento se as dúvidas forem esclarecidas; Estabelecer protocolos institucionais de administração de medicamentos e atualizá-los periodicamente; O enfermeiro deve

supervisionar o preparo e a administração de medicamentos realizados por técnicos e auxiliares de enfermagem) (BRASIL, 2013).

A literatura apresenta a Ampicilina e seus derivados como uma medicação que pode apresentar complicações vasculares. Estas estão relacionadas a lesões de artérias, arteríolas e veias com a entrada de substâncias na luz do vaso ou por ação caustica na parede dos vasos. As substâncias oleosas podem produzir êmbolos e obstruir quando penetram o lúmen da artéria. Os estudos evidenciaram esse tipo de lesão como uma provável consequência das divergências nas variações de demarcação da região ventroglútea (GOMES; PAES; TRAVERSO, 2019; OLIVEIRA, 2019).

A aplicação de injeção intra-arterial ou intravenosa ou junto a grandes troncos nervosos é altamente contraindicada uma vez que podem produzir lesões neurovasculares sérias, incluindo mielite transversa com paralisia permanente, gangrena requerendo amputação de dígitos e porções mais próximas das extremidades, necrose (GOMES; PAES; TRAVERSO, 2019).

A literatura traz como recomendação que após a introdução da agulha, deve-se realizar a aspiração do êmbolo para se certificar que a mesma está posicionada fora da luz vascular. Se constatado que não houve punção de nenhum vaso, deve-se manter a agulha imóvel durante toda a aplicação, e observar ainda durante a aspiração se há presença de sangue na seringa ou na agulha, o que exige interrupção imediata da aplicação (GOMES; PAES; TRAVERSO, 2019).

Operacionalizar e criar protocolos, reunir a equipe para debater receios, problemas, dificuldades, visando planejar medidas que facilitem, são considerados primordiais para a melhora do processo de trabalho dos profissionais. O processo de trabalho do profissional enfermeiro abrange cinco dimensões, complementares e interdependentes, sendo elas: assistência, gerência, ensino, pesquisa e participação política (FRANCA et al., 2017).

Ao observar os EA dos PED 004 e 006 é possível comparar a sua relação em pelo menos quatro destas dimensões com os incidentes encontrados. A dimensão “gerência” é observada no momento em que o enfermeiro faz uso de ferramentas específicas e tem como objeto de trabalho a organização e a gestão dos recursos humanos de Enfermagem. É nesse aspecto que o enfermeiro direciona seus colaboradores de acordo com as suas competências e necessidades do serviço.

Na dimensão política, a força de trabalho de Enfermagem e sua representação social, são essenciais para o funcionamento da unidade. O profissional de nível superior é tido como uma figura de autoridade e como alguém que detém conhecimento técnico científico, além do

poder em estabelecer vínculo com a população assistida e com seus colaboradores. Com isso ele pode melhorar a comunicação e transparência no serviço (LEMOS, 2016).

Em relação à dimensão “ensino” considera-se a ação de capacitar e aperfeiçoar recursos humanos da saúde, a exemplo disso tem-se os momentos de atualização de protocolos, as capacitações e a EPS. Já na dimensão “pesquisa” o enfermeiro atua de forma a repensar o fazer profissional, identificando novas formas de desenvolver suas ações na busca da construção do conhecimento das necessidades no setor e de seus colaboradores (SILVA et al., 2016).

As ações concernentes à EPS somente serão efetivadas quando estiverem vinculadas ao processo de trabalho, no qual se projeta fazer gestão, assistência e educação de forma congregada, no entanto, sem sobreposição de uma atividade à outra (SILVA et al., 2016).

No PED005, em que foi identificada a realização de medicação errada em adulto após não ter entendido a prescrição do médico que estava ilegível. E no PED007, na qual foi descrita a realização de dose de medicamento sem a consulta do prontuário para verificar que o paciente que era alérgico à medicação administrada, pode-se considerar a não valorização das dimensões do processo de trabalho.

As dimensões do processo de trabalho “pesquisa e ensino” falharam, no momento em que as enfermeiras dos setores, onde ocorreram os EA, poderiam ter rastreado e identificado previamente falhas operacionais, lacunas de conhecimento e a necessidade de fortificar a comunicação na equipe. Ao aliar as dimensões do processo de trabalho e os EA identificados se torna possível fortalecer as relações interpessoais no serviço.

A literatura aponta que medidas simples como reuniões de atualização de técnicas, boas práticas na administração de medicamentos, atividades para direcionar a organização de sala de vacinação e controle de materiais, poderiam reduzir o índice de erros e, conseqüentemente, o constrangimento e traumas gerados as profissionais envolvidas nos EA, além de proteger os pacientes e evitar gastos onerosos das instituições onde ocorreram os incidentes (SOUSA; MENDES, 2019).

As reuniões da liderança do setor e sua equipe são consideradas uma importante estratégia para exercitar o diálogo e a escuta, bem como a discussão dos métodos de trabalho, sendo este um espaço livre de julgamentos. Um momento propício para interação e planejamento de soluções para os problemas encontrados na rotina do trabalho. O respeito e a valorização do profissional também são ferramentas essenciais, seja pelo enfermeiro líder ou por parte dos gestores para com seus colaboradores (PERUZZO et al., 2018).

Desse modo, ao reconhecer o cuidado como o objeto do trabalho em Enfermagem, identificar suas dimensões e considerar que a segurança do paciente deve ser transversal ao mesmo, entende-se que uma forma de mensurar a qualidade desse cuidado é verificando o quão ele é seguro. Faz-se necessário que aumentem os esforços para que sejam trabalhadas na formação profissional, nos níveis superior e médio, as questões relacionadas à Segurança do Paciente, assim como preconiza o PNSP (BOHOMOL, 2019; BRASIL, 2013).

A importância na incorporação dos conhecimentos sobre segurança do paciente na formação dos profissionais da saúde se mostra importante, pois, reconhece os fatores de risco para a ocorrência de incidentes e o impacto nos indivíduos e no sistema de saúde. Em um estudo, os projetos pedagógicos dos cursos de graduação da área da saúde foram analisados e dentre eles o de Enfermagem e, de acordo com a autora a inclusão do tema segurança do paciente nos cursos de graduação em Enfermagem é recente, porém fragmentada (BOHOMOL, 2019; GOMES, 2017).

Assim como recomenda o Conselho Nacional de Saúde à proposta de Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do curso de graduação em Enfermagem, que incentiva o desenvolvimento de procedimentos e práticas de qualidade e de segurança dos usuários e da equipe de Enfermagem e de saúde é inegável importância do tema “segurança do paciente”, para a formação do Profissional de Enfermagem, devendo o tema estar incluso na matriz curricular dos cursos de graduação em Enfermagem (GOMES, 2017; BRASIL, 2018). É o que afirma Bohomol (2019), ao referir que o engajamento estudantil com a segurança desde o início da graduação representa um impacto significativo na moldagem do conhecimento, habilidade e comportamento para o cuidado seguro.

Ao considerar que erros são cometidos involuntariamente, é necessário que os estudantes da área da Saúde, de nível técnico e superior de Enfermagem compreendam como lidar com erros, pois ao longo de suas vidas profissionais poderão confrontá-los. Devem compreender o “erro zero” como impossível. O PED 003 é um excelente exemplo nesse caso, pois, os temas, segurança do paciente e erros relacionados a assistência a saúde poderiam ser trabalhados com a estudante durante sua formação. Se assim fosse durante o treinamento para estágio a estudante estaria mais atenta e o EA poderia ter sido evitado.

No entanto, é preciso destacar que culturalmente os erros têm sido definidos como resultado de incompetência, imperícia, negligência e/ou imprudência de um ou mais profissionais de saúde, o que gera grande desconforto e sentimento de culpa nos envolvidos (COFEN, 2017; SOUSA; MENDES, 2019).

A comum abordagem individual ao erro e a maneira com que as organizações de saúde fomentam a cultura do medo, formalizando a denúncia junto ao Conselho profissional, inferem que as organizações tentam se desresponsabilizar pelo erro cometido aos olhos dos usuários e da sociedade, tentando manter a imagem de que estão agindo, onde na realidade estão apenas punindo o trabalhador. O erro deve ser encarado como evidência de problemas mais profundos dentro dos serviços de saúde. Isso deve ser considerado na abordagem do profissional envolvido em um EA, tanto pelo órgão regulador do trabalho durante o julgamento dos PED, quanto pelas organizações de saúde. Entretanto, enquanto a organização de saúde não assumir a existência de erros em suas unidades, bem como conhecê-las para adotar medidas a fim de mitigá-los tenderá a manter as condições produtoras do erro, continuará responsável pela ocorrência do incidente (SANTOS-SILVA, 2018), reforçando, assim, a cultura punitiva.

Um estudo acompanhou o processo de implementação do instrumento de notificação eletrônica de erros assistenciais num hospital. Esse estudo obteve destaque ao buscar relacionar os erros assistenciais ao processo de trabalho em Enfermagem e associou o processo de notificação de EA como uma efetiva forma de compreensão dos dados, uma vez que esses geram indicadores para o gerenciamento da qualidade nos serviços de saúde, sendo um dos pilares do gerenciamento de risco (MASCARENHAS, 2015).

Deve existir um aprofundamento de estudos sobre os efeitos dos EA para a saúde dos profissionais envolvidos. Na perspectiva dos profissionais, as questões de ordem psicossocial são extremamente importantes e podem aumentar os riscos para ocorrência de incidentes (HOLDEN; CARD, 2019).

Esses incidentes estão relacionados diretamente as condições de trabalho e ao relacioná-los aos EA encontrados nos PED é possível identificar uma série de falhas presentes no processo de trabalho de Enfermagem: falta de preparo e capacitação, sobrecarga de papeis, conflito no trabalho em equipe, falhas na comunicação, falta de liderança, recursos materiais e humanos insuficientes.

Ao relacionar a cultura da punição ao erro, com as regras procedimentais e processuais dos processos éticos dos profissionais de Enfermagem e ao realizar a análise das informações contidas nos PED, levam a reflexão de como seria o julgamento do profissional envolvido em EA que resultaram na instauração de um Processo Ético junto ao Conselho Regional de Enfermagem à luz da cultura justa.

A cultura justa tem como base a conscientização dos profissionais, que estejam envolvidos em erros ou não, sendo necessário trabalhar no nível individual e coletivo para



reduzir o risco potencial de erros e aprender a como lidar com eles, caso venham a ocorrer. No caso de reconhecer o alto risco do trabalho desenvolvido, a complexidade dos serviços de saúde e a incorporação de tecnologias elaboradas têm sido atribuídas a riscos adicionais na prestação do cuidado (VARALLO et al., 2018). Outra importante medida para estabelecer a cultura justa, ocorre com o encorajamento a propor soluções para os possíveis problemas encontrados. A literatura considera estratégias simples, mas efetivas que podem facilmente prevenir e reduzir riscos e danos nestes serviços, por meio do seguimento de protocolos específicos, associadas às barreiras de segurança nos serviços e à educação permanente (VARALLO et al., 2018).

Para além da necessidade em dar uma resposta à primeira vítima, que precisa ter uma resposta de acordo com a gravidade do dano, é preciso também voltar o olhar para o profissional envolvido no erro, que muitas vezes é apenas penalizado e afastado do serviço.

Segundo Lee et al., 2019 para apoiar os profissionais envolvidos em incidentes na assistência a saúde é necessário determinar as circunstâncias dos eventos em questão, juntamente com os sintomas que os profissionais, e aqui também considerados vítimas, estão enfrentando e assim fornecer o apoio que necessitam.

Estratégias simples como o que preconiza a JCI (2015) melhorar a efetividade da comunicação entre os profissionais do cuidado, poderia deixar o profissional mais confiante em falar com sua gestão sobre a necessidade de treinamentos, de melhorias no seu serviço e comunicar possíveis falhas sem medo de consequências negativas, evitando a subnotificação de danos ao paciente e, dessa forma, reduzindo as falhas do serviço e as consequências negativas do atendimento realizado.

Mira et al. (2015) fizeram um estudo que descreve a implantação de um sistema institucional de resposta rápida para segundas vítimas. Em seu estudo ele afirma que a literatura médica não conhece claramente a proporção de profissionais de saúde afetados pelo fenômeno da segunda vítima, nem o impacto em longo prazo nas carreiras dos profissionais de saúde.

Acredita-se que, sem apoio necessário e imediato após um evento, a recuperação emocional e a satisfação futura na carreira dos profissionais de saúde podem ser comprometidas. Se adequadamente abordado, o impacto dos EA nos profissionais poderia ser amenizado, levando ao retorno ao serviço mais fluido e a uma recuperação emocional saudável (MIRA et al., 2015). Em nenhum dos PED avaliados foi identificado qualquer indício de que houve apoio emocional, institucional ou de qualquer outra ordem aos profissionais e estudante envolvidos nos EA.

Devido ao medo das consequências punitivas, da exposição a possíveis constrangimentos, do sentimento de vergonha gerado, desprestígio profissional, dificilmente os profissionais de saúde assumem ou admitem quando cometem um erro, uma vez que na sua formação são levados a preencher um padrão de perfeição e, desse modo, passam a acreditar ser inadmissível falhar e que o erro nunca poderá acontecer (SILVA; SANTANA, 2018).

A proposta de analisar o EA que gerou um PED, sob a ótica da cultura de segurança, é uma tentativa de padronização dos conhecimentos e discussões acerca do grau de dano causado pela quebra da segurança do paciente, com os procedimentos e a mesma seriedade que a instauração de um processo requer. Ainda haveria o desfecho com a aplicação da penalidade para cada caso, contudo seriam avaliadas as circunstâncias que levaram ao incidente, com a análise da gravidade e duração de qualquer dano, bem como qualquer implicação terapêutica que tenha sido necessária.

Ao comparar o modelo de julgamento que o sistema COFEN/COREN utilizou para verificar a gravidade do dano nos PED com o parâmetro da taxonomia ICPS/WHO foi possível notar a concordância nos casos considerados “Graves”, como é o caso dos PED 003,006 – (EA por medicação/injetáveis), e 004 – (iatrogenia por ação) decorrentes de erros tipicamente envolvidos com falhas de execução no quesito habilidade e falhas de conhecimento, onde o resultado dependia do conhecimento prévio e da capacidade de análise da situação por profissional. Esses três casos foram considerados “Danos Graves” por provocar perigo de morte, debilidade permanente de membro e função, dano moral irremediável na pessoa. E por se enquadrarem em situações em que foi necessário intervir para salvar a vida dos pacientes, além de grandes intervenções médico-cirúrgicas.

Já em relação aos PED 001, 002 – (EA por medicação/injetáveis) e 005 – (EA por medicação/via oral), há discordância a respeito da gravidade do dano causado. Seguindo a proposta da taxonomia ICPS/WHO, são considerados “Danos Leves”, pois nos três casos os pacientes não apresentaram sintomas mesmo que leves, sendo necessária intervenção mínima (pequeno tratamento ou observação).

Segundo a Resolução do COFEN, foram julgados como Danos Moderados, pois apesar de não haver reação aos medicamentos, atingiram a integridade física do paciente e mesmo sem causar debilidade, foram gerados danos mentais e financeiros, pois há o período da incerteza da gravidade e os gastos com deslocamento e contratação de advogado de acusação para auxiliar no processo ético (COFEN, 2017).

No caso do PED007 (EA por medicação/via oral) há concordância a respeito da gravidade do dano causado. O paciente apresentou sintomas característicos de reação alérgica,

e, portanto, seguindo a proposta da taxonomia ICPS/WHO, o paciente apresentou sintomas leves, danos mínimos ou intermediários de curta duração com uma intervenção mínima (pequeno tratamento ou observação). E pelo modelo do COFEN, foi julgado como Dano Leve, pois, atingiu a integridade física, mental ou moral de qualquer pessoa, sem causar debilidade.

Cabe ressaltar que para a graduação da penalidade e respectiva imposição do desfecho do processo que se dá por meio da aplicação da pena consideram-se: a gravidade da infração; circunstâncias agravantes e atenuantes da infração; dano causado e o resultado, além dos antecedentes do infrator.

Portanto, independente da gravidade do dano causado pelos EA encontrados nos PED, e das consequências que o conselho profissional instruiu como cabíveis, ao analisar os EA encontrados, esse estudo demonstra que há condições de que o serviço de saúde priorize a criação de um sistema de barreiras à ocorrência de erros futuros, contudo, para que isso ocorra uma busca pela qualificação do cuidado deve ser incentivada por meio da adoção de atitudes pertencentes à cultura de segurança.

Ao lembrar das cinco dimensões que o processo de trabalho do enfermeiro abrange, e perceber que seu papel profissional tem como finalidade promover, manter e recuperar a saúde, é possível refletir a respeito da sua relação aos achados dos EA analisados, apontando a comunicação como fator convergente aos EA encontrados.

A falha na comunicação efetiva entre os profissionais de enfermagem envolvidos nos EA, bem como a comunicação entre os profissionais e pacientes ficou evidente em todos os incidentes analisados. A comunicação ineficaz está entre as causas-raízes de mais de 70% dos erros na atenção a saúde (IBSP, 2018). A comunicação entre os profissionais de uma equipe de saúde é considerada como um fator chave na segurança do paciente. E questionar erros na assistência não deve ser interpretado como uma crítica negativa, ou punição, e sim como uma forma de troca de experiências, inseguranças e conhecimentos, visando a qualidade na execução do trabalho, e a diminuição de atitudes que possibilitem causar possíveis danos ao paciente (MARQUES et al., 2019).

Assim, a comunicação efetiva é fundamental para a melhoria da segurança do Paciente, e se tivesse sido priorizada dentre os EA encontrados, poderia ter impacto positivo nas chances de diminuição na ocorrência dos incidentes encontrados.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo permitiu analisar e discutir a relação entre os eventos adversos que culminaram em PED e o Processo de trabalho em Enfermagem à luz da Cultura de Segurança do Paciente. Ao observar o conteúdo dos PED emergiram informações a respeito das ocorrências que evidenciam erros na assistência do tipo habilidade, conhecimento e regras e que possibilitam inferir que a maioria está relacionada a falhas na comunicação entre profissionais e entre profissional e paciente.

Ao acessar os processos, esse estudo identificou que há necessidades de melhorias no que se refere à salvaguarda dos documentos, gerando limitação ao estudo pela indisponibilidade de processos arquivados no conselho, tanto no banco de dados informatizado, bem como em meio físico com data inferior ao ano de 2009. Ainda sobre o meio informatizado, salienta-se é necessário, por parte da autarquia, aplicar um maior rigor nos registros das informações no banco de dados relacionados a formação profissional.

No período disponível para acesso aos PED outros EA podem ter ocorrido, ainda que não tenham se tornado uma denúncia junto ao COREN e, neste sentido, influencia na quantidade de processos instaurados.

Este estudo pode ser considerado um catalizador importante para novas pesquisas referente ao tema segurança do paciente, cultura de segurança e processos éticos disciplinares, uma vez que identificou-se a escassez de estudos similares a este em Enfermagem.

Sugere-se a necessidade de inserção de um enfermeiro capacitado com formação específica em Segurança do Paciente durante o processo de instrução processual, ou ainda refletir sobre a possível criação de uma Câmara Técnica de Segurança do Paciente dentro da autarquia para articular junto as CIPE propostas que conciliem o modelo atual de julgamento do profissional de Enfermagem e seu papel punitivo, ao olhar voltado para o profissional envolvido no Erro Assistencial à luz da cultura de segurança e da cultura justa. Além de oferecer medidas de acolhimento específico a esses profissionais, que possibilitem no momento em que fora comprovado o erro, seja disponibilizado um acompanhamento psicológico para fortalecimento emocional e retomada confiante ao trabalho.

Com a criação da Câmara Técnica de Segurança do Paciente, com o olhar e entendimento da cultura de segurança e da cultura justa, em articulação com a CIPE ao direcionar os PED, esses seriam conduzidos para avaliação dos processos decorrentes de erros assistenciais considerando a gravidade segundo a Resolução do Código de ética, sem eximir a possibilidade de investiga-lo sob a ótica da cultura justa, visualizando a possibilidade da ocorrência ter ligação tanto com à ação do profissional, mas também com a influência de aspectos ligados ao processo de trabalho, considerando as falhas estruturais, as dificuldade de comunicação entre os colegas e com a chefia e assim cobrar das instituições de saúde medidas de inserção de barreiras para mitigar a ocorrência desses eventos. Isso ajudaria na vigilância do núcleo de segurança do paciente da instituição avaliada.

Este estudo traz contribuições para os profissionais de enfermagem, para a pesquisa e ensino, ao passo que desperta o conhecimento e entendimento sobre a temática e impacta na necessidade de fomentar novos estudos que avaliem a inserção do conteúdo de segurança do paciente nos currículos formadores; uma vez que ter ciência do quantitativo de EA que geraram PED e identificar como foram julgados serve como contributo para auxiliar o despertar de um olhar para além do erro e da punição e, sim para uma cultura segura e justa.

É preciso respeitar as normativas do código deontológico da profissão, bem como reconhecer a possibilidade da ocorrência do erro, além disso, torna-se pertinente incentivar as instituições de saúde, independente do nível de atenção, a aderir a comunicação efetiva e o processo de notificação dos EA.

## REFERÊNCIAS

- AGUIAR Letícia Lima; GUEDES, Maria Vilani Cavalcante; OLIVEIRA Roberta Meneses; LEITÃO Ilse Maria Tigre de Arruda; PENNAFORT, Viviane Peixoto dos Santos; BARROS Ariane Alves Barros. Enfermagem e Metas Internacionais de Segurança: avaliação em hemodiálise. **Cogitare Enfermagem**, 2017; v.22, n.3 Disponível: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/11/875388/45609212390-1-pb.pdf>
- ALMEIDA, Lenira Maria Wanderley Santos de. **Fadiga no trabalho em enfermeiras/os da estratégia saúde da família**. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014. doi:10.11606/T.83.2014.tde-20022015-161019.
- ALVES, Michelle de Fatima Tavares; CARVALHO, Denise Siqueira de; ALBUQUERQUE, Guilherme Souza Cavalcanti de. Motivos para a não notificação de incidentes de segurança do paciente por profissionais de saúde: revisão integrativa. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 24, n. 8, p. 2895-2908, Aug. 2019 . Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232019000802895&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000802895&lng=en&nrm=iso)>.
- ANDRADE, Luiz Eduardo Lima de et al. Adaptação e validação do Hospital Survey on Patient Safety Culture em versão brasileira eletrônica. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. 2017, v. 26, n. 3, pp. 455-468. Disponível em: <<https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000300004>>.
- ANDRADE, Luiz Eduardo Lima et al. Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. **Rev.Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2018, v. 23, n. 1. p. 161-172. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.24392015>>.
- BARROS, José D'Assunção. Fontes Históricas – uma introdução aos seus usos historiográficos. Petrópolis: Editora Vozes, 2019. Disponível em: [https://www.historiaeparcerias.rj.anpuh.org/resources/anais/11/hep2019/1569693608\\_ARQUIVO\\_bd3da9a036a806b478945059af9aa52e.pdf](https://www.historiaeparcerias.rj.anpuh.org/resources/anais/11/hep2019/1569693608_ARQUIVO_bd3da9a036a806b478945059af9aa52e.pdf)
- BATISTA, Josemar et al . Cultura de segurança e comunicação sobre erros cirúrgicos na perspectiva da equipe de saúde. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 40, n. spe, e20180192, 2019 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472019000200403&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000200403&lng=en&nrm=iso)>.. Epub Jan 10, 2019. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180192>.
- BOHOMOL, Elena. Patient safety education of the graduation in Nursing from the teaching perspective. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 2, e20180364, 2019 . Disponível em <

81452019000200213&lng=en&nrm=iso>. Epub Mar 21, 2019.  
<https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0364>.

BONDEVIK, Gunnar Tschudi, et al. The safety attitudes questionnaire – ambulatory version: psychometric properties of the Norwegian version for nursing homes. **BMC Health Serv Res**, 19, 423. 2019. <<https://doi.org/10.1186/s12913-019-4244-5>>

BORGES, Miriam Cristina et al. Erros de medicação e grau de dano ao paciente em hospital escola. **Rev. Cogitare Enfermagem**, [S.l.], v. 21, n. 4, nov. 2016. ISSN 2176-9133.  
 Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45397>>

BRASIL. Ministério da Saúde. 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/Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Brasília, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos**. Brasília - DF. 2013.  
 Disponível em:

[https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2777470/mod\\_resource/content/1/2013%20Protocolo%20de%20seguran%C3%A7a.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2777470/mod_resource/content/1/2013%20Protocolo%20de%20seguran%C3%A7a.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional De Vigilância Sanitária. **Relatório dos Núcleos de Segurança do Paciente por estados**. Brasília - DF. 2019. Disponível em:  
 <<http://portal.anvisa.gov.br/nucleos-de-seguranca-do-paciente>>

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466/12, 2012. Recuperado em 31 de outubro de 2017, de  
 <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)>

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. (2016). Resolução nº 510/2016, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. **Diário Oficial da União**, 2016. Disponível em:  
 <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510\\_07\\_04\\_2016.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html)>

BRASIL. Lei n. 12.527, de 18 de novembro de 2011. Dispõe sobre os procedimentos a serem observados pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, com o fim de garantir o

acesso a informações. **Diário Oficial da União**, 2011 . Disponível em:  
<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/lei/112527.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112527.htm)>

BRASIL. Lei n. 5.905 de 12 de julho de 1973. Dispõe sobre a criação dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 1973. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1970-1979/lei-5905-12-julho-1973-358036-publicacaooriginal-1-pl.html>>.

BRASIL. Lei n. 11.788, de 25 de setembro de 2008. Dispõe sobre o estágio de estudantes. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 3-4, 26 set. 2008.<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2008/lei/111788.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/111788.htm)>

BRASIL. Lei nº 3.629, de 29 de dezembro de 2008. Dispõe sobre expedição de receitas médicas e odontológicas digitadas em computador no âmbito do Estado de Mato Grosso do Sul, e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado**, Campo Grande, MS, 2008. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=138571>

BRASIL. Manual de Investigação de Eventos Adversos em Serviços de Saúde. Brasília - DF. 2013. Disponível em: <[https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/5%20Investiga%C3%A7%C3%A3o\\_de\\_Eventos%20em%20Servi%C3%A7os%20de%20Sa%C3%BAde.pdf](https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/5%20Investiga%C3%A7%C3%A3o_de_Eventos%20em%20Servi%C3%A7os%20de%20Sa%C3%BAde.pdf)>

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução nº 573, de 31 de janeiro de 2018. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 jan. 2018.. Disponível em: <[http://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/48743098/do1-2018-11-06-resolucao-n-573-de-31-de-janeiro-de-2018-48742847](http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/48743098/do1-2018-11-06-resolucao-n-573-de-31-de-janeiro-de-2018-48742847)>

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa de Eliminação da Hanseníase. Situação epidemiológica da hanseníase no Brasil. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília, Ministério da Saúde, 2014. ISBN 978-85-334-2130-1. Disponível em: <[https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento\\_referencia\\_programa\\_nacional\\_seguranca.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf)>



BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 529, de 1 de abril de 2013. **Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)**. 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)>

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 22 Out. 2011. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação**. Brasília, Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: [http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/-01VACINA/manual\\_procedimentos\\_2014.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/-01VACINA/manual_procedimentos_2014.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Rede de Frio do Programa Nacional de Imunizações**. – 5. ed. – Brasília, Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: [https://www.saude.gov.br/images/pdf/2017/dezembro/15/rede\\_frio\\_2017\\_web\\_VF.pdf](https://www.saude.gov.br/images/pdf/2017/dezembro/15/rede_frio_2017_web_VF.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Brasília, 2009. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820\\_13\\_08\\_2009.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html)

CALDAS, Barbara, SOUSA, Paulo, MENDES, Walter. **Aspetos mais relevantes nas investigações/pesquisas em segurança do paciente**. In: SOUSA, P., and MENDES, W., orgs. Segurança do Paciente: criando organizações de saúde seguras [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014, Vol. 2, p. 187-206. . ISBN: 978-85-7541-594-8. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/vtq2b/pdf/sousa-9788575415948-11.pdf>>

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html>

CFM. Conselho Federal de Medicina. Nota Técnica: Ofício número 98/2003. Disponível em: [https://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/erro\\_medico\\_nota.pdf%20OF%C3%8DCIO%20CFM%20N%C2%BA%20/98](https://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/erro_medico_nota.pdf%20OF%C3%8DCIO%20CFM%20N%C2%BA%20/98)

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução nº 370/2010** de 03 de novembro de 2010. Aprova Código de Processo Ético dos Conselhos de Enfermagem. Brasília, 2010. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017\\_59145.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html)>

COREN. Conselho Regional De Enfermagem De Pernambuco. Parecer Técnico nº 037/2016, de 05 de setembro de 2016. **Dispõe sobre a atuação do técnico de enfermagem diante da ausência do enfermeiro por férias e licenças.** –Disponível em < [http://www.coren-pe.gov.br/novo/parecer-tecnico-coren-pe-no-0372016\\_7783.html](http://www.coren-pe.gov.br/novo/parecer-tecnico-coren-pe-no-0372016_7783.html)

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Comissão de Business Intelligence, de 10 de março de 2013. Análise de dados dos profissionais de enfermagem existentes nos Conselhos Regionais. Disponível em:< [http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/blocoBr/Blocos/Bloco1/bl\\_ident-socio-economica-equipe.pdf](http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/blocoBr/Blocos/Bloco1/bl_ident-socio-economica-equipe.pdf)

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências [Internet]. Disponível em:< [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L7498.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L7498.htm)>

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 564/2017 de 06 de novembro de 2017. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília, 2017. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017\\_59145.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html)>

COFEN. Resolução nº172, de 15 de junho de 1994. Normatiza a Criação de Comissões de Ética de Enfermagem nas Instituições de Saúde. Disponível em:< [http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-1721994\\_4246.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-1721994_4246.html)>

**CPSI.** Canadian Patient Safety Institute. Canadian Disclosure Guidelines: being open and honest with patients and families. Edmonton, AB: **Disclosure Working Group.**; 2011. Disponível em: < <https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/disclosure/Documents/CPSI%20Canadian%20Disclosure%20Guidelines.pdf>>

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS. COREN - MG. **Manual de processo ético-disciplinar da enfermagem**. Belo Horizonte, 2016. Disponível em: <[https://www.corenmg.gov.br/wp-content/uploads/2019/12/manual\\_de\\_processo\\_etico\\_e\\_disciplinar\\_de\\_enfermagem.pdf](https://www.corenmg.gov.br/wp-content/uploads/2019/12/manual_de_processo_etico_e_disciplinar_de_enfermagem.pdf)>

DE SOUZA, Hortênsia Pereira; SOUZA, Juciléia Rezende. Percepção do paciente sobre o protocolo de acolhimento realizado no serviço de oncologia do hospital universitário de Brasília (hub). **Revista Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, 2017. Disponível em: <<http://tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/2226>>

DE VRIES E. et al., The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. **Qual Saf Health Care**. 2018;v.17n.3 p. 216-223. Disponível em: doi:10.1136/qshc.2007.023622

DONABEDIAN, A. Basic Approaches To Assessment: Structure, Process And Outcome. Michingan (USA): Health Administration Press, 1990.

DONALDSON, Liam et al.,. Medication without harm: who's third global patient safety challenge. **Journal The Lancet**. v.389:1680–1. Abr 2017. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)31047-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)31047-4/fulltext)>

DUARTE, Sabrina da Costa Machado et al. Caracterização de erros na assistência de enfermagem em terapia intensiva. **Cogitare Enfermagem**, [S.l.], v. 21, n. 5, ago. 2016. ISSN 2176-9133. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45502>>.

DUKHANIN Vadin et al. Case: A Second Victim Support Program in Pediatrics: Successes and Challenges to Implementation [published online ahead of print, 2018 Jan 30]. *J Pediatr Nurs*. 2018;S0882-5963(17)30626-7. doi:10.1016/j.pedn.2018.01.011

FORTE, Elaine Cristina Novatzki et al . Processo de trabalho: fundamentação para compreender os erros de enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 53, e03489, 2019 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342019000100462&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342019000100462&lng=en&nrm=iso)>.

FRANCA, Tânia et al . Política de Educação Permanente em Saúde no Brasil: a contribuição das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 6, p. 1817-1828, Jun 2017 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232017002601817&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002601817&lng=en&nrm=iso)>.

FREITAG, Vera Lucia et al. Injeções intramusculares ventroglútea: o conhecimento da técnica pelos profissionais de enfermagem. **Rev. enferm. UFPE on line** ; 9(2 supl): 799-805, fev. 2015. Disponível em: DOI: 10.5205/reuol.6391-62431-2-ED.0902supl201504

GALVÃO, Taís Freire et al., Patient safety culture in a university hospital. **Rev. LatinoAm. Enfermagem**. 2018; v.26:e3014. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/pt\\_0104-1169-rlae-26-e3014.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/pt_0104-1169-rlae-26-e3014.pdf)

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

GOMES, Barbara Ragasse Pereira et al., (Re)discutindo a técnica de administração de medicamentos pela via intramuscular: revisão sistemática. **Rev. Cuidado é Fundamental**, v. 11, n. 1, p. 228-236, fev. 2019. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/download/3998/pdf>

GOMES, Flávia Sampaio Latini. A segurança do paciente no contexto do ensino de graduação em enfermagem. **Rev. de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro** v.7. 2017;Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.19175/recom.v7i0.2690>>

HOLDEN, Julie; CARD, Alan. Patient safety professionals as the third victims of adverse events. **Journal of Patient Safety and Risk Management**, v.24, n.4, p. 166–175, (2019). Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/2516043519850914?journalCode=cric#articleCitationDownloadContainer>

IBSP. Instituto Brasileiro de Segurança do Paciente. **Comunicação ineficaz está entre as causas-raízes de mais de 70% dos erros na atenção à saúde**. 2018. Disponível em: <https://www.segurancadopaciente.com.br/seguranca-e-gestao/comunicacao-ineficaz-esta-entre-as-causas-raizes-de-mais-de-70-dos-erros-na-atencao-a-saude/>

JCI. Joint Commission International (JCI). Survey Process Guide for Clinical Care Program Certification [Internet]. 3rd ed. OAK Brook: JCI; 2015. [cited 2017 Feb 27]. Disponível em: <[http://www.jointcommissioninternational.org/assets/1/14/EBICCSPPG14\\_Sample\\_Pages.pdf](http://www.jointcommissioninternational.org/assets/1/14/EBICCSPPG14_Sample_Pages.pdf)>.

JCI. Joint Commission International. A international patient safety goals. [website] Disponível em: <https://www.jointcommissioninternational.org/standards/international-patient-safety-goals/>

KIM, et al. Improving disclosure of medical error through educational program as a first step toward patient safety. *BMC Med Educ* v.17, n.52 (2017). Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12909-017-0880-9>

LEMOS, Cristiane Lopes Simão. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 21, n. 3, p. 913-922, mar. 2016 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016000300913&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000300913&lng=pt&nrm=iso)>.

LIMA, Maria Elizabeth Antunes; RIBEIRO, Enivalda Alves de Freitas. EA com medicamentos na pediatria: o papel da organização hospitalar. *Rev. Cad. Bras. Ter. Ocup.*, São Carlos, v. 25, n. 4, p. 927-933, 2017 Disponível em: <<http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/1609/926>>

LIMA, Rosana Oliveira de et al . Intervenção de enfermagem-primeiro banho do recém-nascido: estudo randomizado sobre o comportamento neonatal. *Acta paul. enferm.*, São Paulo , v. 33, e-APE20190031, 2020 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002020000100408&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002020000100408&lng=en&nrm=iso)>.

LLAPA-RODRIGUEZ, Eliana Ofelia et al., . Assistência segura ao paciente no preparo e administração de medicamentos. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre , v. 38, n. 4, e2017-0029, 2017 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472017000400408&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000400408&lng=en&nrm=iso)>.

LEE, Won et al., Experiences and responses of second victims of patient safety incidents in Korea: a qualitative study. *BMC Health Services Research*. Republic of Korea 2019. v. 19 n.10. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-3936-1>

MASCARENHAS, Sara Novaes. **Erros assistenciais e o processo de trabalho em enfermagem no hospital**. 2015. 106 f. : il. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

MACEDO, Lilian Louzada et al . A cultura em torno da segurança do paciente na atenção primária à saúde: distinções entre categorias profissionais. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 1, e0023368, 2020 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462020000100504&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462020000100504&lng=pt&nrm=iso)>.

MAIA, Christiane Santiago et al.,. Notificações de EA relacionados com a assistência à saúde que levaram a óbitos no Brasil, 2014-2016. **Rev. Epidemiologia e Serviços de Saúde**. 2018., v. 27, n. 2, Disponível em: <<https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000200004>>.

MAKARY Martin A. Medical error: the third leading cause of death in the US **British Medical Journal.**; p.353:i2139, 2016. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/353/bmj.i2139/>

MARQUES, J. M.; et al., Cultura de segurança e o processo de comunicação entre membros da equipe de enfermagem. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 87, n. 25, 11 abr. 2019. Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/219>

MARCHON, Simone Grativol; MENDES JUNIOR, Walter Vieira. Segurança do paciente na atenção primária à saúde: revisão sistemática. **Rev. Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 30, n. 9, p. 1815-1835, Set. 2015 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014000901815&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000901815&lng=en&nrm=iso)>.

MATTOZINHO, Fabíola de Campos Braga; FREITAS, Genival Fernandes de. Ocorrências éticas de enfermagem no Estado de São Paulo: descrição fática. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 28, n. 6, p. 593-600, dez. 2015 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002015000600593&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002015000600593&lng=pt&nrm=iso)>.

MENDONÇA, Francisco Antônio da Cruz et al. Processo ético de enfermagem no estado do ceará: reflexão para prática profissional. **Enfermagem em Foco**, [S.l.], v. 8, n. 2, jun. 2017. ISSN 2357-707X. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/735>>.

MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno. Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde, SMSSP; 1992.

MERHY EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In Agir em Saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997. P. 71-112. Coleção Saúde em Debate.

MIRA, José Joaquim et al. Mira, J.J., Lorenzo, S., Carrillo, I. et al. Interventions in health organisations to reduce the impact of adverse events in second and third victims. *BMC Health Services Research* (2015) v.15 n. 341 Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-015-0994-x#citeas>

MIEIRO, Debora Bessa et al . Estratégias para minimizar erros de medicação em unidades de emergência: revisão integrativa. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília , v. 72, supl. 1, p. 307-314, Fev. 2019 . Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672019000700307&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000700307&lng=en&nrm=iso)

MOREIRA, Isadora Alves. **Notificação de eventos adversos: o saber e o fazer de enfermeiros**. Universidade Federal de Goiás, Goiânia. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, 2018. Disponível em: <https://repositorio.bc.ufg.br/tede/bitstream/tede/8759/5/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20-%20Isadora%20Alves%20Moreira%20-%202018.pdf>.

NCCMERP. The National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention. [S.I], 2020. Disponível em: <http://www.nccmerp.org/>

NOVARETTI, Marcia Cristina Zago et al., . Sobrecarga de trabalho da Enfermagem e incidentes e EA em pacientes internados em UTI. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 67, n. 5, p. 692-699, Out. 2014 . Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672014000500692&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000500692&lng=en&nrm=iso).

ORTEGA, Daniela Benevides et al . Análise de eventos adversos em pacientes internados em unidade de terapia intensiva. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 30, n. 2, p. 168-173, abr. 2017 ISSN 1982-0194.. Disponível em

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002017000200168&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002017000200168&lng=pt&nrm=iso)>. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700026>.

OLIVEIRA et al., A percepção da equipe de enfermagem sobre a segurança do paciente em sala de vacinação. *Revista CUIDARTE*, ISSN 2216-0973, ISSN-e 2346-3414, Vol. 10, Nº. 1, 2019. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6952964>

PALMIERI, Patrick A et al. Hospital survey on patient safety culture (HSOPSC): a multi-method approach for target-language instrument translation, adaptation, and validation to improve the equivalence of meaning for cross-cultural research. *BMC Nursing*, 19, 23, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00419-9>

PEREIRA, Mayara Cândida. **Processos éticos de enfermagem envolvendo idosos no Distrito Federal, Brasil: 2005 a 2015. 2017.** 64 f. Dissertação (Programa Stricto Sensu em Gerontologia) - Universidade Católica de Brasília, Brasília, 2017.

PÉREZ-DÍEZ, Cristina, et al.,. Errores de medicación en un servicio de urgencias hospitalario: estudio de situación para mejorar la seguridad de los pacientes. **Rev. Emergencias.** v.29, p.412-415, 2017; Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-168513>>

PERINI, Camila et al. Ofuro bath in newborns in the rooming-in center: an experience report. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [S.l.], v. 6, n. 2, p. 785-792, mar. 2014. ISSN 2175-5361. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2851>>.

PERUZZO, Hellen Emília et al . The challenges of teamwork in the family health strategy. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 4, e20170372, 2018 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452018000400205&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452018000400205&lng=en&nrm=iso)>. Epub Aug 02, 2018. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0372>.

PIRES, Denise. **Processo de trabalho em saúde, no brasil, no contexto das transformações atuais na esfera do trabalho.** 1996. Tese (Doutorado em Sociologia) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Campinas, Campinas, 1996. Disponível em:



<[https://www.researchgate.net/publication/307802310\\_Processo\\_de\\_trabalho\\_em\\_saude\\_no\\_Brasil\\_no\\_contexto\\_das\\_transformacoes\\_atuais\\_na\\_esfera\\_do\\_trabalho](https://www.researchgate.net/publication/307802310_Processo_de_trabalho_em_saude_no_Brasil_no_contexto_das_transformacoes_atuais_na_esfera_do_trabalho)>

PRATES, Cassiana Gil et al . Núcleo de segurança do paciente: o caminho das pedras em um hospital geral. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 40, n. spe, e20180150, 2019 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472019000200800&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000200800&lng=en&nrm=iso)>.

REASON J. Human error: models and management. **Rev. BMJ (Clinical research ed.)**, 320, 768–770, 2000. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768>

RODRIGUES, Francisco Feitosa et al . Conhecimento e prática dos enfermeiros sobre hanseníase: ações de controle e eliminação. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 68, n. 2, p. 297-304, Apr. 2015. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672015000200297&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000200297&lng=en&nrm=iso)

RUSCHEL, Luma Maiara; PEDRINI, Diane Bressan; CUNHA, Maria Luzia Chollopetz da. Hipotermia e banho do recém-nascido nas primeiras horas de vida. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 39, e20170263, 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472018000100452&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472018000100452&lng=en&nrm=iso)>.

SANTOS, Ana Paula Sousa. Erros dos estudantes de enfermagem em aprendizagem clínica. Resultados qualitativos em investigação de métodos mistos. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 72, n. 1, p. 170-176, Feb. 2019 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672019000100170&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000100170&lng=en&nrm=iso)>.

SALEM, Marwa et al., Nurses' Perceptions of Patient Safety Culture in Intensive Care Units: A Cross-Sectional Study. **Macedonian journal of medical sciences** vol. 7, n.21 p.3667-3672. 2019. Disponível em: <[doi:10.3889/oamjms.2019.737](https://doi.org/10.3889/oamjms.2019.737)>

SCHWENDIMANN, René et al. The occurrence, types, consequences and preventability of in-hospital adverse events – a scoping review. **BMC Health Serv Res** v.18, p. 521-529 (2018). Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3335-z>

SILVA, Amarílis Pagel Floriano da et al . Segurança do paciente na atenção primária: concepções de enfermeiras da estratégia de saúde da família. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 40, n. spe, e20180164, 2019 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472019000200401&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000200401&lng=en&nrm=iso)>. Epub Jan 10, 2019. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180164>.

SILVA, Luiz Anildo Anacleto da et al . Avaliação da educação permanente no processo de trabalho em saúde. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro , v. 14, n. 3, p. 765-781, Dec. 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462016000300765&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462016000300765&lng=en&nrm=iso)>. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00015>.

SILVA, Marcelo Flávio Batista da; SANTANA, Jefferson da Silva. Erros na administração de medicamentos pelos profissionais de enfermagem. **Rev.Arquivos Catarinenses de Medicina**, [S.l.], v. 47, n. 4, p. 146-154, dez. 2018. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/359/321>>.

SILVA, Neuziane de Oliveira. **Análise comparativa das reações locais à aplicação intramuscular de Penicilina G Benzatina nas regiões ventroglútea e dorsoglútea**. p.112. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem e Farmácia, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2014. Disponível em: <http://200.17.114.109/bitstream/riufal/4492/1/An%20c3%a1lise%20comparativa%20das%20rea%20c3%a7%20c3%b5es%20locais%20c3%a0%20aplica%20c3%a7%20c3%a3o%20intramuscular%20de%20Penicilina%20G%20Benzatina%20nas%20regi%20c3%b5es%20ventrogl%20c3%b5eas%20e%20dorsogl%20c3%b5eas.pdf>

SILVA, Terezinha Nunes da et al . Deontological aspects of the nursing profession: understanding the code of ethics. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 71, n. 1, p. 3-10, Feb. 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672018000100003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000100003&lng=en&nrm=iso)>

SILVA-SANTOS, Handerson et al . Condições produtoras do erro no trabalho em enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 71, n. 4, p. 1858-1864, Ago. 2018 . Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003471672018000401858&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672018000401858&lng=en&nrm=iso)>.

SIMAN, Andréia Guerra; CUNHA, Simone Grazielle Silva; BRITO, Maria José Menezes. A prática de notificação de eventos adversos em um hospital de ensino. **Rev. esc. enferm. USP**. São Paulo, v. 51, e03243, 2017. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342017000100445&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100445&lng=en&nrm=iso)>.

SOUSA, Livia Alves Oliveira de et al . Prevalência e características dos eventos adversos a medicamentos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 34, n. 4, e00040017, 2018 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2018000405005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000405005&lng=en&nrm=iso)>.

SOUSA, Gilma Moreira de. **Conhecimento e prática em administração de injeções por via intramuscular dos profissionais de enfermagem de unidades de urgência de Goiânia-GO**. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2015. p.78 f.: il. Disponível em:<  
<https://repositorio.bc.ufg.br/tede/bitstream/tede/4635/5/Disserta%c3%a7%c3%a3o%20-%20Gilma%20Moreira%20de%20Sousa%20-%202015.pdf>>

SOUSA, Paulo; MENDES, Walter. **Segurança do paciente: criando organizações de saúde**. 2 ed. rev. updt. Rio de Janeiro, RJ : CDEAD, ENSP, Editora FIOCRUZ, 2019. ISBN 978-85-7541-642-6. Disponível em: <<https://doi.org/10.7476/9788575416426>>

SOUZA, Catharine Silva de et al . Cultura de segurança em unidades de terapia intensiva: perspectiva dos profissionais de saúde. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 40, n. spe, e20180294, 2019 . Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472019000200415&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000200415&lng=en&nrm=iso)>.

STILLWATER Anne R. Medication Errors: The School Nurse as Second Victim. **NASN Sch Nurse**. 2018; v.33n.3 p.163-166. Disponível em: doi:10.1177/1942602X17747294

TOMAZONI, Andréia et al., . Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva neonatal. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 24, n. 1, p. 161-169, Mar.

2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072015000100161&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000100161&lng=en&nrm=iso)>.

TONDO, Juliana Cristina Abbate. **Clima de segurança: percepção dos profissionais de enfermagem em um hospital de ensino** ( 81 p.). Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Enfermagem, Campinas, SP. 2015. Disponível em: <<http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/283902>>.

VARALLO, Fabiana Rossi et al . Incidents reporting: barriers and strategies to promote safety culture. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 52, e03346, 2018 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342018000100443&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342018000100443&lng=en&nrm=iso)>.

VAN NUNEN Karolien et al., Bibliometric analysis of safety culture research. **Safety Science**. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2017.08.011>

VOLPE, Cris Renata Grou et al., Erros de medicação divulgados na mídia: estratégias de gestão do risco. **Rev Adm Hosp Inov Saúde**. 2016 Dez ;v.13 n.2, p.97-110. Disponível em: <<http://revistas.face.ufmg.br/index.php/rahis/article/view/97-111/1816>>

WATERSON, Patrick et al. Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC): a systematic review of the psychometric properties of 62 international studies. **BMJ Open**; v.9 n.9 :e026896, 2019. Disponível em: <[doi:10.1136/bmjopen-2018-026896](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026896)>

WEGNER, Wiliam et al . Educação para cultura da segurança do paciente: Implicações para a formação profissional. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro , v. 20, n. 3, e20160068, 2016 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452016000300212&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000300212&lng=en&nrm=iso)>.

WHO. World Health Organization. Patient Safety Fact File. [S.I.], 2019. Disponível em: <[https://www.who.int/features/factfiles/patient\\_safety/en/](https://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/en/)>

WHO. World Health Organization. Medication without harm: WHO global patient safety challenge. Geneva: WHO; 2017. Disponible em:  
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255263/1/WHO-HIS-SDS-2017.6-eng.pdf?ua=1>.

WHO. World Health Organization. World Alliance For Patient Safety. Taxonomy. Conceptual framework for The International Classification for Patient Safety. WHO, 2009. Disponible em:<[http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps\\_full\\_report.pdf](http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf).

## APÊNDICE A INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS  
 ESCOLA DE ENFERMAGEM – EENF  
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM (MESTRADO)

Instrumento para coletar dados do Processo Ético Disciplinar

Instrumento No: \_\_\_\_\_

1. Qual o tipo de incidente notificado:

1.1 ( ) sem dano

1.2 ( ) com dano, qual (is)?

---

2. Transcreva a súmula do Processo que refere o incidente notificado identificando quando, onde, como, por que ocorreu, quais os envolvidos denunciante e denunciado e dados da situação que pode ter contribuído para a ocorrência do evento, em ordem cronológica:

---



---



---

4. Dados gerais do incidente:

4.1 Data: \_/ \_/ \_      4.2 Horário: \_\_: \_\_

5. Qual o local de ocorrência? (Tipo de Serviço. Não identificando o nome da Instituição)

5.1 Hospitalar ( ) 5.2 Atenção Primária ( ) 5.3 Domiciliar ( ) 5.4 Outro ( )

6. Qual a titulação do profissional de Enfermagem envolvido?

6.1 ( ) Enfermeiro    6.2 ( ) Técnico de Enfermagem    6.3 ( ) Auxiliar de Enfermagem

6.4 ( ) Parteira    6.5 ( ) Atendente de Enfermagem    6.6 ( ) Equipe de Enfermagem

7. Qual o sexo do profissional?

( ) Homem ( ) Mulher

8. Qual o tempo de formação?

9. Existem fatores relacionados ao paciente podem ter contribuído para a ocorrência do incidente?

9.1 Sim ( ) 9.2 Não ( )

Caso existam, quais? \_\_\_\_\_

10. Quais os encaminhamentos/desfechos dos processos éticos?

10.1 Arquivamento/Absolvição ( ) 10.2 Advertência Verbal ( ) 10.3 Censura ( ) 10.4 Multa

10.5 Suspensão do Exercício Profissional por até 29 dias ( )

10.6 Cassação do Direito ao Exercício Profissional ( )

11. Recomendações para cada evento adverso identificado, ou seja a apresentação das ações necessárias para evitar a ocorrência do evento adverso:

---

---

## ANEXO A CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

Maceió-AL, 29/05/2020

Senhor(a) Pesquisador(a), Vivian Mayara da Silva Barbosa

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), em Reunião Plenária de 21/12/2018 e com base no parecer emitido pelo (a) relator(a) do processo nº **02845418.0.0000.5013**, sob o título **ANÁLISE DOS EVENTOS ADVERSOS DECORRENTES DO PROCESSO DE TRABALHO EM ENFERMAGEM**, comunicar a **APROVAÇÃO** do processo acima citado, com base no artigo X, parágrafo X.2, alínea 5.a, da Resolução CNS nº 466/12 e sua complementar 510/2016.

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS 466/12, item V.3).

É papel do(a) pesquisador(a) assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e sua justificativa. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o (a) pesquisador (a) ou patrocinador(a) deve enviá-los à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem incluídas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item IV. 2.e).

Relatórios parciais e finais devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos no Cronograma do Protocolo e na Resolução CNS 466/12.

Na eventualidade de esclarecimentos adicionais, este Comitê coloca-se a disposição dos interessados para o acompanhamento da pesquisa em seus dilemas éticos e exigências contidas nas Resoluções supra-referidas.

Esta aprovação não é válida para subprojetos oriundos do protocolo de pesquisa acima referido.

(\*) Áreas temáticas especiais

Válido até: JUNHO de 2022.



## ANEXO B DECLARAÇÃO COREN



**OFÍCIO COREN/AL N.º. 094/2020-GAB PRESIDÊNCIA**

Maceió, 29 de janeiro de 2020

**À Srta Vivian M. S. Barbosa**  
Endereço: Rua Overluc Rocha Buenos Ayres, n 135, qd 28  
Bairro: cidade universitária, CEP: 57072-690, Maceió/AL

**Assunto: Resposta à respeito dos PEDs anteriores a 2009 do Coren/AL**

Prezada Srta,

O Conselho Regional de Enfermagem de Alagoas (Coren-AL), em atenção a Lei nº 5.905/1973 que cria os Conselhos Federal e Conselhos Regionais de Enfermagem, bem como a Resolução Cofen nº 370/2010, que aprova o Código de Processo Ético das Autarquias Profissionais de Enfermagem.

Considerando o requerimento realizado perante a este Conselho Regional de Enfermagem de Alagoas pela Enfermeira Vivian M. S. Barbosa, requerendo informações acerca dos processos éticos disciplinares do Coren/AL anteriores a 2009.

Diante do exposto, informamos que em nosso banco de dados (sistema Incoorp) não consta dados referentes aos referidos processos anteriores a 2009. Ressalto, que também não constam processos físicos.

Atenciosamente,



**Dr.º Renné Cosmo da Costa**  
COREN/AL N.º 371396-ENF  
Presidente do Coren/AL