

ESCOLA DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA LTDA.
FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA

CAMILA FERNANDES MACÊDO

**CONHECIMENTO DE ESTUDANTES DE ENFERMAGEM ACERCA DOS
EVENTOS ADVERSOS NO CENTRO CIRÚRGICO**

JOÃO PESSOA – PB

2021

CAMILA FERNANDES MACÊDO

**CONHECIMENTO DE ESTUDANTES DE ENFERMAGEM ACERCA DOS
EVENTOS ADVERSOS NO CENTRO CIRÚRGICO**

Monografia apresentada à Faculdade de Enfermagem Nova Esperança como parte dos requisitos exigidos para conclusão do curso de Bacharelado em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª Karen Krystine Gonçalves Brito

JOÃO PESSOA - PB
2021

M12c

Macêdo, Camila Fernandes

Conhecimento de estudantes de enfermagem acerca dos eventos adversos no centro cirúrgico / Camila Fernandes Macêdo. – João Pessoa, 2021.

51f.; il.

Orientadora: Prof.^a D^a. Karen Krystine Gonçalves de Brito.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Faculdade Nova Esperança - FACENE

1. Segurança do Paciente. 2. Centro Cirúrgico. 3. Estudantes de Enfermagem. I. Título.

CDU: 616-083:615.478

CAMILA FERNANDES MACÊDO

**CONHECIMENTO DE ESTUDANTES DE ENFERMAGEM ACERCA DOS
EVENTOS ADVERSOS NO CENTRO CIRÚRGICO**

Relatório apresentado à Faculdade Nova Esperança como parte das exigências para
obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

João Pessoa/PB _____ de _____ de 2021.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Karen Krystine Gonçalves Brito
Orientadora (FACENE)

Prof^ª. Ma. Salmana Rianne Pereira Alves
Membro (FACENE)

Prof^ª. Ma. Valdicleia da Silva Ferreira Torres
Membro (FACENE)

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, à Deus, pela minha vida e determinação ao longo do curso e deste trabalho.

À minha querida avó Maria Aidê, que foi meu maior apoio desde o início da graduação, comemorando todas as minhas pequenas vitórias ao meu lado. Por ouvir minhas preocupações em relação ao futuro e me encorajar durante minha trajetória. Ao meu avô Ubirajara, que já não se encontra entre nós, mas constantemente está em minhas memórias me motivando e lembrando o quanto se orgulhava de mim.

Aos meus pais e irmãos, que viram de perto todo meu esforço e me ajudaram durante esses quatro anos. Por compreenderem a minha ausência em alguns momentos e me incentivarem a correr atrás dos meus sonhos.

Sou grata aos amigos que a graduação me proporcionou, em especial a Andressa, Brenda, Bruna e Stephanie, que me ajudaram a encarar e superar os obstáculos durante a graduação com mais leveza.

Também aos amigos que me deram suporte ao longo da construção deste trabalho, mesmo os que estavam a distância, me dando apoio emocional a cada etapa e felizes por mim a cada progresso feito.

À professora Karen Krystine, por ter sido não apenas minha orientadora, mas uma amiga, ao qual devo todo o desenrolar deste trabalho. Graças a mesma esta foi uma das melhores experiências que passei na graduação. Também a todos os professores e seus conselhos, pela ajuda e pela paciência com a qual guiaram o meu aprendizado.

Finalmente, a todos que estiveram ao meu lado durante este processo, ou que de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho direta ou indiretamente.

Não nos atrevemos a muitas coisas porque são difíceis, mas são difíceis porque não nos atrevemos a fazê-las.

- Sêneca

RESUMO

O tema segurança do paciente tem sido amplamente estudado nos últimos anos, tendo em vista, a sua importância frente à prevenção de eventos adversos, para melhora da assistência ofertada. Nesse sentido, o centro cirúrgico, com sua complexidade, acaba exigindo profissionais capacitados a atuar conforme as recomendações mundiais para segurança do paciente. Por esse motivo, a preparação desde a graduação é peça fundante da mudança que se pretende viver. Diante do exposto, foi objetivo geral deste trabalho investigar o conhecimento dos estudantes de enfermagem em relação a eventos adversos no centro cirúrgico. Foi desenvolvida uma pesquisa transversal, com abordagem quantitativa, com 56 estudantes do último período de enfermagem, da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança. Os resultados foram coletados durante o mês de outubro de 2021, por meio de questionário estruturado (parte A – dados sociodemográficos; B - conhecimento específico do objeto de estudo) enviado via *Google forms*. Os dados foram analisados de forma descritiva e percentual. Seguiram os preceitos éticos segundo a resolução 466/2012, com aprovação no Comitê de Ética FACENE nº 5.068.692. Os resultados apontaram caracterização da amostra majoritariamente do sexo feminino (87,5%) e com idade mínima de 20 e máxima de 50 anos. Pequena parcela desses tem formação técnica (35,7%), onde apenas nove (16,1%) destes atuam na área. Sobre o objeto de estudo, inferiu-se que o conhecimento relacionado aos aspectos gerais da segurança do paciente e eventos adversos apresentou-se fragilizado, levando-se em consideração os parâmetros adotados para verificar a adequabilidade do mesmo. Relativo aos eventos mais recorrentes, os estudantes parecem reconhecê-los, porém, não os entendendo como direcionados à complexidade do centro cirúrgico. Com relação aos cenários clínicos, foram obtidos bons resultados, sendo observado que estes compreendem a importância da notificação como entendem o evento adverso como responsabilidade de toda a equipe. É de extrema importância que a cultura de segurança seja inserida nas instituições de ensino abordando o erro como uma possibilidade, abandonando a cultura punitiva, mas usando do erro para compreender e solucionar problemáticas.

Palavras-chave: segurança do paciente; centro cirúrgico; estudantes de enfermagem.

ABSTRACT

The subject of patient safety has been widely studied in recent years, considering its importance in terms of preventing adverse events, in order to improve the care provided. In this sense, the surgical center, with its complexity, ends up requiring professionals who are trained to act in accordance with worldwide recommendations for patient safety. For this reason, preparation since graduation is a fundamental part of the change that one intends to live. Given the above, the general objective of this study was to investigate the knowledge of nursing students in relation to adverse events in the operating room. A cross-sectional survey was developed, with a quantitative approach, with 56 students from the last period of nursing, at the Faculdade de Enfermagem Nova Esperança. The results were collected during the month of October 2021 through a structured questionnaire (part A - sociodemographic data; B - specific knowledge of the object of study) sent via Google forms. Data were analyzed descriptively and as a percentage. They followed the ethical precepts according to resolution 466/2012, with approval by the FACENE Ethics Committee nº 5.068,692. The results showed that the sample was mostly female (87.5%) with a minimum age of 20 and a maximum of 50 years. A small portion of these have technical training (35.7%), where only nine (16.1%) of them work in the area. Regarding the object of study, it was inferred that knowledge related to general aspects of patient safety and adverse events was weakened, taking into account the parameters adopted to verify its suitability. Regarding the most recurrent events, students seem to use them, however, not understanding them as directed towards the complexity of the operating room. Regarding the clinical scenarios, good results were obtained, being observed that they understand the importance of notification as they understand the adverse event as the responsibility of the entire team. It is extremely important that the safety culture is inserted in educational institutions, approaching the error as a possibility, abandoning the punitive culture, but using the error to understand and solve problems.

Keywords: patient safety; surgery center; nursing students.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
1.1 JUSTIFICATIVA	11
1.2 OBJETIVOS	11
1.2.1 Objetivo Geral	11
1.2.2 Objetivos Específicos	12
2 REVISÃO DE LITERATURA	13
2.1 POLÍTICA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE	13
2.2 SEGURANÇA DO PACIENTE NO CENTRO CIRÚRGICO	16
2.3 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO DA SEGURANÇA DO PACIENTE	19
3 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICA	21
3.1 TIPO DE PESQUISA	21
3.2 LOCAL DE PESQUISA	21
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	21
3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	21
3.5 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS	22
3.6 ANÁLISE DE DADOS	22
3.7 ASPECTOS ÉTICOS	23
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	25
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
REFERÊNCIAS	38
APÊNDICE A	43
APÊNDICE B	47
APÊNDICE C	49
ANEXO	50

1 INTRODUÇÃO

Considerado o pai da medicina, Hipócrates (460 – 370 a.C.) já tinha entendimento que o cuidado, enquanto ajudava o doente, também poderia vir a causar danos ao mesmo, deixando isso aparente com sua célebre frase: “Primum non nocere” sendo seu significado “Primeiro não cause o dano” (ROLLO *et al.*, 2014). Partindo dessa ideia, para as concepções da atualidade, a segurança do paciente vai ser um elemento chave sob a melhoria da qualidade da saúde em todo o mundo, se tornando uma estrutura de bastante importância no cuidar.

Nesse sentido, a segurança do paciente é uma forma de se reduzir o cuidado inseguro e arriscado, buscando segurança ao se prestar assistência ao enfermo, diminuindo a possibilidade de potenciais riscos. Em termos conceituais, para a Organização Mundial de Saúde (OMS), a segurança do paciente vai ser o ato de reduzir ao mínimo os riscos de males relacionados à assistência, em que a aceitabilidade mínima refere-se ao conhecimento atual dos recursos disponíveis e contexto em que a assistência foi prestada frente ao risco de não tratamento ou outro método (ARAÚJO *et al.*, 2019).

Visando minimizar a carência de se desenvolver estratégias, produtos e ações, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria MS/GM nº 529, de 1º de abril de 2013, tendo como seu objetivo geral aperfeiçoar o atendimento e processo do cuidado em todas as instituições ao nível nacional, sendo estas entidades públicas ou privadas (BRASIL, 2013a).

Sendo assim, a Portaria MS/GM nº 529/2013, com ajuda das Portarias Nº 1.377, de 9 de Julho de 2013 e a Nº 2.095, de 24 de Setembro de 2013, vão estabelecer um conjunto de seis protocolos básicos, sendo estes: Identificação do paciente, higienização das mãos, cirurgia segura, segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, prevenção de quedas e prevenção de úlceras por pressão (UPP) (BRASIL, 2013a).

O cuidado, quando mal-executado, pode causar danos ao paciente. Quando esses prejuízos acometem o centro cirúrgico, o qual já representa um ambiente de propensão a erros e incidentes, em decorrência da complexidade dos procedimentos e assistência dispensados, justifica a importância e necessidade de construção deste protocolo pelo Ministério da Saúde (SIQUEIRA *et al.*, 2019). Evidentemente seu propósito vai ser a

melhoria da assistência, tendo impacto na redução de situações que coloquem o paciente em risco, também atuar minimizando a possibilidade de eventos adversos (EA) ou até mortalidade cirúrgica (BARBOSA; LIEBERENZ; CARVALHO, 2018).

A implantação do protocolo de cirurgia segura considera entre outros pontos a aplicação do checklist seguro, proposto pela OMS. Este é composto por três etapas a serem realizadas em três momentos específicos: Antes da anestesia, antes da incisão cirúrgica e antes da saída da sala cirúrgica (BARBOSA; LIEBERENZ; CARVALHO, 2018).

O Checklist foi criado com o intuito de auxiliar e reforçar a segurança no contexto operatório, sendo um apoio às equipes multidisciplinares, já que a segurança do paciente vai ser o dever principal dos profissionais de saúde, particularmente da equipe de enfermagem que se vê presente em toda a sistematização do cuidado (MENDES; ARAÚJO; MORGAN, 2020).

Em qualquer etapa da cirurgia o atendimento ao paciente cirúrgico vai gerar uma série de ações e a equipe deve estar atenta para manter sua segurança e o proteger de riscos evitáveis (ARAÚJO; CARVALHO, 2018). Caso o protocolo ou a assistência não sejam executados de forma adequada, pode-se ocorrer os eventos adversos (EA), estes vão ser definidos como um episódio que irá resultar em dano desnecessário ao paciente, resultante de um erro relacionado ao procedimento ou assistência, não relacionado a doença base do cliente (FIGUEIREDO; MATTOS; CAMPOS, 2020).

Com isso, os eventos adversos são considerados um problema de saúde pública, o que significa sérias consequências para os pacientes e profissionais de saúde (SELL *et al.*, 2018). Dentre os riscos enfrentados pelos pacientes, os principais são: Integridade tissular prejudicada, risco para infecções, hipotermia, dor aguda, ansiedade, risco de lesão por posicionamento, entre outros (MENDES; ARAÚJO; MORGAN, 2020). Já os episódios relacionados à assistência prestada, os mais prevalentes são referentes ao preparo e administração de medicamentos incorretos, quedas, flebites, infecções, sítio errado, procedimento errado, entre outros (FIGUEIREDO; MATTOS; CAMPOS, 2020).

De acordo com a OMS, de 230 milhões de operações realizadas em todo o mundo a cada ano, se tem um total pressuposto de 7 milhões de EA e cerca de 1 milhão dos pacientes evoluem para óbito (BATISTA *et al.*, 2019). Os EA's constituem a segunda causa de mortes mais frequentes nos hospitais brasileiros, sendo ultrapassado apenas

pelos óbitos por doenças cardiovasculares (FIGUEIREDO; MATTOS; CAMPOS, 2020). De acordo com o Instituto Brasileiro para Segurança do Paciente (IBSP), estima-se que o Brasil tenha 227.225 mortes por ano ligadas aos EA's, muitas vezes evitáveis (CASTRO *et al.*, 2018).

Por isso, torna-se extremamente importante o conhecimento dos profissionais de saúde sobre a evitabilidade dos EA's, visto que além de proteger o bem-estar do paciente, também traz segurança à equipe em relação ao procedimento e cuidado prestado (BARBOSA; LIEBERENZ; CARVALHO, 2018). Em especial ao enfermeiro, que vai efetuar atividades complexas no centro cirúrgico, desde o controle dos recursos humanos e materiais até a responsabilidade por supervisionar a equipe e suas boas práticas, além de ser responsável também por executar funções burocráticas, assistenciais e administrativas (LELIS; AMARAL; OLIVEIRA, 2017).

1.1 JUSTIFICATIVA

A segurança do paciente é uma das pautas mais importantes abordadas durante toda a graduação de cursos da área de saúde, principalmente em relação à procedimentos invasivos, em que deve-se sempre optar pelo tratamento que venha a gerar menos danos, além de prestar os cuidados devidos, de acordo com as técnicas estudadas.

Ao observar que muitas vezes os estágios aos quais os alunos são submetidos não os apresentam a realidade da vivência hospitalar, especialmente a de um centro cirúrgico e suas intercorrências, criou-se assim um questionamento sobre o quanto os alunos concluintes do curso de enfermagem têm de conhecimento adquirido no que diz respeito aos eventos adversos e segurança do paciente cirúrgico.

Portanto, o trabalho dispõe-se a estudar o conhecimento dos, em breve, futuros profissionais de enfermagem, contribuindo para uma visão mais ampla do que pode estar passando despercebido durante a graduação.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo geral

- Investigar o conhecimento dos estudantes de enfermagem em relação a eventos adversos no centro cirúrgico.

1.2.2 Objetivos específicos

- Traçar o perfil sociodemográfico dos estudantes de enfermagem no último período do curso;
- Verificar a compreensão dos estudantes de enfermagem sobre os eventos adversos.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 POLÍTICA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE

É notável que o campo da saúde é uma área que ainda está em constante crescimento, com novas descobertas e aperfeiçoamento de conhecimentos, buscando assim a evolução e melhoria do amparo ao enfermo. Pensando sob esse panorama, a segurança do paciente, atende não apenas a necessidade dos pacientes, bem como, a seguridade do profissional em atuação.

O tema “Segurança do paciente” teve foco e uma maior visibilidade por volta do ano de 1999, quando foi realizado a publicação de um estudo do Institute of Medicine (IOM), o “To err is Human: Building a Safer Health Care System”, em que se levantaram questões sobre a segurança da assistência prestada aos pacientes. Sendo apresentado uma alta incidência de EA’s nos hospitais estudados, não podendo negar a grande problemática na saúde pública pela utilização de modelos que não apresentavam uma assistência segura ou adequada.(ALMEIDA; JESUS; MORAIS, 2020).

Com este tópico em alta no meio de discussões científico e acadêmicas, em 2004, a OMS durante a 57ª Assembleia Mundial da Saúde abordou este assunto novamente, no entanto, dessa vez além de ser debatido sobre esta falha na assistência, foi também estabelecida a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, buscando assim unir os países aliados para criação de políticas, ações de saúde e criação de conceitos que, no que lhe concerne, teria o objetivo de resguardar o usuário, que do mesmo modo viria a ajudar e beneficiar a equipe multidisciplinar com relação aos procedimentos e cuidados prestados (WHO, 2017).

Mesmo o Brasil sendo parte dos países membros da OMS, o processo para a criação e instituição de um programa que tivesse foco na segurança do paciente foi bastante vagaroso.

Antes se dispunha apenas o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, sendo estabelecido pela Lei Nº 9.782 de 26 de Janeiro de 1999, que tem como ideia central a fiscalização e gerenciamento de mercadorias e serviços, incluindo hospitais, realizando vistorias com o intuito de detectar irregularidades. Esta mesma Lei também criou a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), sendo esta associada ao Ministério da Saúde, e portanto, integrante do Sistema Único de Saúde (SUS). Tendo como

objetivo proporcionar um suporte a saúde da população, visando desde a criação de normas, supervisão de recursos humanos, até auditorias periódicas, sendo assim dando uma maior ênfase ao contexto hospitalar e suas demandas (BRASIL, 1999).

Ainda pela esfera da Vigilância Sanitária, temos alguns programas, que se mostram como o início de uma atenção voltada à questão do que pode estar infligindo dano ao paciente. Como o Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária (VIGIPOS), estabelecido pela Portaria N° 1.660, de 22 de Julho de 2009, com enfoque na supervisão e apuração de eventos adversos e queixas técnicas (BRASIL, 2009a). Bem como a Rede Sentinela, determinada pela RDC N° 51, de 29 de Setembro de 2014 vindo para servir de apoio a esse sistema de notificação (TEIXEIRA *et al.*, 2017; BRASIL, 2014a).

Foi então que se desenvolveu, pelo Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), pela Portaria MS/GM N° 529, de 1° de abril de 2013. Sendo pensado para o usufruto do paciente e manutenção de seu bem-estar, buscando uma forma de oferecer serviços e intervenções que o coloquem em situações de menor risco, com uma taxa de efetividade e qualidade maior. Trazendo em consideração todo o contexto histórico para sua criação, onde o cuidar é visto como um feito complexo, a PNSP vem com intuito de sanar carências do sistema de saúde, junto de outros programas e demandar profissionais capacitados a suas funções (BRASIL, 2013a).

A qualificação da assistência em todas as instituições nacionais de saúde vem a ser seu propósito principal. Atuando na promoção de ações em diversos setores da atenção, criação de normas e protocolos, além de controlar os serviços por meio da gestão de risco e núcleos de segurança do paciente. Transmitindo conhecimentos sobre a segurança tanto para os profissionais, com a educação continuada, como também incluir pacientes e a comunidade nas ações voltadas à sua própria saúde. Devendo esta temática ser abordada em todos os níveis de educação na área da saúde, desde o técnico à pós-graduação, visto que estes serão responsáveis pela formação de futuros profissionais (BRASIL, 2013a).

A PNSP traz consigo a responsabilidade de criar e apoiar a implementação de protocolos, com isso vieram as Portarias N° 1.377, de 9 de Julho de 2013 e a N° 2.095, de 24 de Setembro de 2013, apoiando assim os 6 protocolos básicos de segurança do paciente. Começando pela Portaria N° 1.377, de 9 de Julho de 2013 que nos traz os três

primeiros: Higienização das mãos em instituições de saúde; Seguido do protocolo de cirurgia segura; E por fim, essa Portaria também aprova o protocolo de prevenção de úlceras por pressão (BRASIL, 2013b). Posteriormente, foi publicada a Portaria Nº 2.095, de 24 de Setembro de 2013, que apresentou mais três protocolos indispensáveis: Identificação correta do paciente; Acompanhado do protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; E por último, o protocolo de prevenção de quedas dos pacientes (BRASIL, 2013c).

Naturalmente a Nº 529/2013 (BRASIL, 2013a, Pág.2) vai estabelecer alguns conceitos importantes no âmbito da PNSP, sendo estas seis definições ‘chaves’ para melhor compreensão e padronização da política. São eles:

- a. Segurança do Paciente: Redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde;
- b. Dano: Comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico;
- c. Incidente: Evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente;
- d. Evento Adverso: incidente que resulta em dano ao paciente;
- e. Cultura de Segurança: Configura-se a partir de cinco características operacionalizadas pela gestão de segurança da organização:
 1. Cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares;
 2. Cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais;
 3. Cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança;
 4. Cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional;
 5. Cultura que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança;
- f. Gestão de risco: aplicação sistêmica e contínua de iniciativas, procedimentos, condutas e recursos na avaliação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a

segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional.

Dentre os conceitos elencados, essa pesquisa destaca os eventos adversos, os quais podem ser classificados em cinco parâmetros: Previsibilidade, frequência, gravidade/severidade, casualidade e seriedade. Segundo Marodin; Goldim (2009):

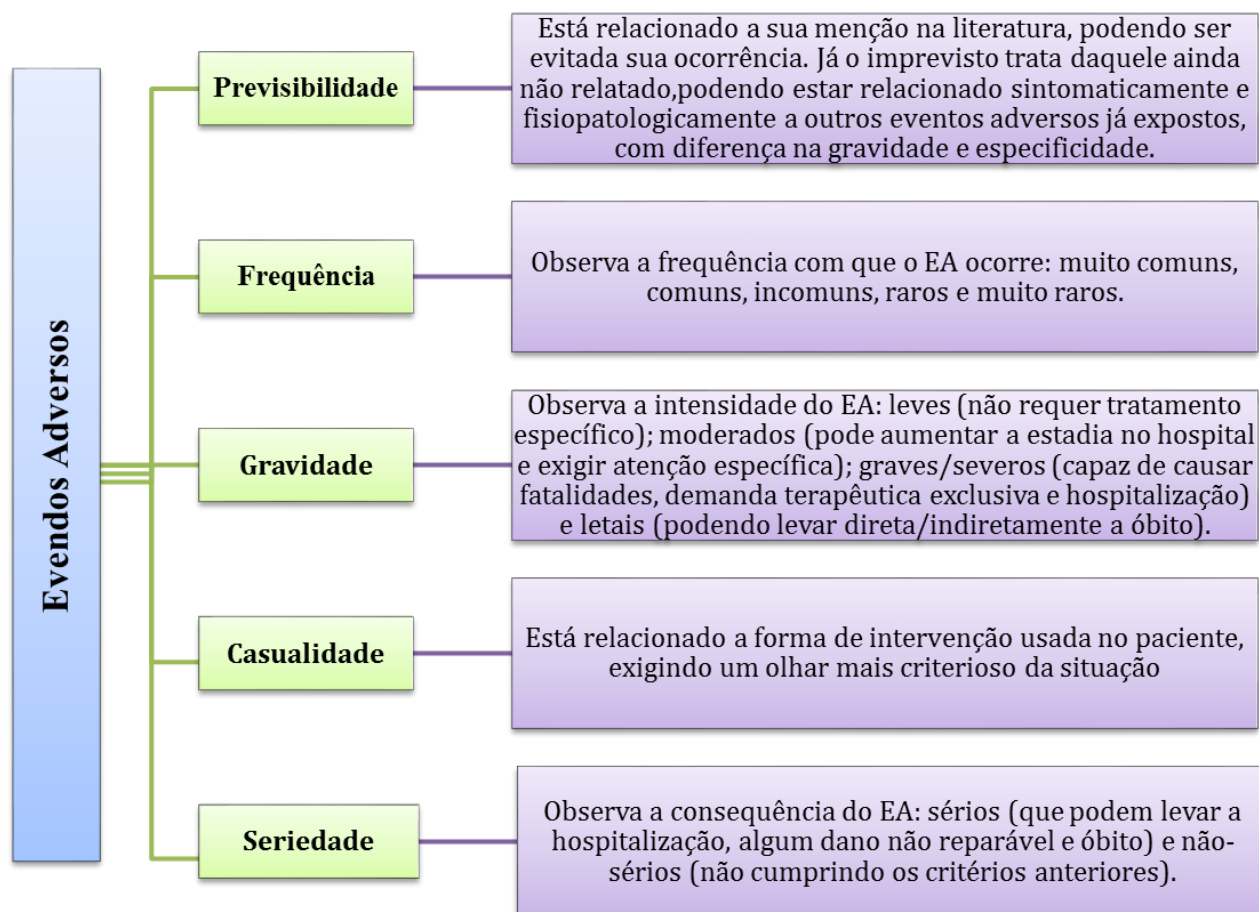


Figura 1 – Classificação dos eventos adversos. João Pessoa/PB, Brasil, 2021.

Fonte: MARODIN; GOLDIM, 2009.

2.2 SEGURANÇA DO PACIENTE NO CENTRO CIRÚRGICO

O centro cirúrgico surge como um nível de assistência mais exigente e minucioso, quando comparado a outras clínicas dentro de um hospital, se tratando de um ambiente hospitalar propício à ocorrência de eventos adversos (EA), que como dito anteriormente, pode ser provocado por ocasiões distintas. Tendo como suas principais causas a própria complexidade do setor e suas tecnologias, falta de comunicação entre a equipe

multidisciplinar e a falta de qualificação dos profissionais (SELL *et al.*, 2018). Muitas vezes esses eventos podem ser ligados a causas evitáveis e multifatoriais, que podem ser percebidas pela equipe e delimitadas via intervenções, na intenção de minimizar o risco (ABREU *et al.*, 2019).

Com isso, a maioria dos EA's apresentados vão ser divididos de duas formas, a primeira vai ser referente a assistência exercida pelos profissionais, já a outra vai ser ligada a instituição do serviço, voltado para seus recursos materiais, controle e manutenção dos equipamentos utilizados. Para além da ocorrência dos EA, outros fatores que podem prevenir sua ocorrência, como, boa comunicação entre a equipe, principalmente entre a equipe de enfermagem e equipe médica, que se complementam em suas distinções (BOHOMOL; ABREU TATARLI, 2017).

Frente a sua complexidade, tanto em termos de recursos humanos quanto de procedimentos/assistência disponibilizados, o CC é uma das áreas com abrangência bem especificada dentro da PNSP. O protocolo de cirurgia segura veio para corrigir os maus hábitos perpetuados e definir parâmetros que ajudem a reduzir o risco cirúrgico, ocorrência de EA's, com expectativa de diminuir também a taxa de óbito cirúrgico. Propõe mais segurança tanto aos pacientes, quanto às equipes profissionais envolvidas na realização e cuidado do processo, desde o período pré-operatório ao pós-operatório. Isto levando em considerações publicações que apontaram que muitos erros aconteciam durante a cirurgia, como relatos de cirurgias no sítio errado, paciente errado e até retirada de órgãos sem necessidade, comprometendo a imagem do sistema de saúde e pondo os pacientes em situações além de inconvenientes, arriscadas para seu bem-estar (MENDES; ARAÚJO; MORGAN, 2020).

O protocolo de “Cirurgia Segura”, estabelecido pelo PNSP, instrumenta entre outros aspectos a implementação do Checklist de cirurgia segura, o qual propôs aplicabilidade em três etapas (BARBOSA; LIEBERENZ; CARVALHO, 2018):

1) Antes da anestesia (Em que ocorre confirmação da ‘Identificação’), verificando os dados e consentimento do paciente, confirmação do local e demarcação do sítio cirúrgico, averiguação da segurança anestésica, monitorização, histórico de alergias, inspeção de via aérea difícil e risco de perda sanguínea;

2) Antes do início da cirurgia (Em que ocorre a fase de ‘Confirmação’), identificando-se integrantes da equipe multidisciplinar, confirma-se os dados do paciente

com a equipe, possíveis eventos críticos, realização de profilaxia antibiótica, avaliação de exames de imagem;

3) Antes da saída da sala operatória (Em que ocorre o 'Registro'), no qual a equipe realiza o registro do procedimento feito, contagem do instrumental, revê as medidas para a recuperação pós-operatória, identificação de amostras e problemas com equipamentos.

Para além deste protocolo, os demais implementados pelo PNSP apresentam aplicabilidade no ambiente cirúrgico, conferindo segurança à equipe atuante e ao paciente.

A OMS pressupõe que todo ano são feitas 230 milhões de cirurgias no mundo, estimando a ocorrência de sete milhões de EA's e possivelmente um milhão de pacientes evoluindo para óbito. A possibilidade de evitabilidade desses eventos é estimada em cerca de metade das situações, mostrando assim a carência de práticas mais seguras e efetivas para um atendimento seguro (BATISTA *et al.*, 2019).

De acordo com o Instituto Brasileiro para Segurança do Paciente (IBSP), estima-se que o Brasil tenha 227.225 mortes por ano ligadas aos EA's, muitas vezes evitáveis. Essa acaba sendo a segunda maior causa de mortes, apenas sendo ultrapassada por óbitos que estão ligados a doenças cardiovasculares, e ultrapassando todos os tipos de câncer. Os EA's mais prevalentes são: Relacionados a cirurgias (33,2%); Correlacionados a procedimentos médicos (30,5%); Diagnósticos (9,5%); Obstétricos (8,6%) e os; Medicamentosos (5,7%) (CASTRO *et al.*, 2018).

A literatura expressa explicitamente a necessidade da implementação da PNSP, não que seja uma mudança do dia para a noite, mas tem se mostrado eficiente na diminuição de EA's desde sua implantação, embora sejam medidas recentes. Também mostra que os profissionais de saúde devem sempre buscar se qualificar, pois o estudo não se encerra após sua formação, mas há um constante desdobramento de novas técnicas e conceitos no campo da saúde. Portanto, o estímulo da cultura de segurança deve ser constante nas instituições, além da fiscalização e notificação, com fins não punitivos, que deve ser mais abordada por estas com seus profissionais, buscando assim promover o conhecimento e distribuição de informações pertinentes (SILVA; NOVARETTI; PEDROSO, 2019; LELIS; AMARAL; OLIVEIRA, 2017; FIGUEIREDO; MATTOS; CAMPOS, 2020; ARAÚJO *et al.*, 2019; BARBOSA; LIEBERENZ; CARVALHO, 2018)

2.3 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO DA SEGURANÇA DO PACIENTE

A segurança em qualquer setor da saúde acaba sendo um pilar de extrema importância, dependente dos recursos materiais e principalmente dos recursos humanos. Naturalmente, o conhecimento e competência da equipe multidisciplinar têm valor primordial no processo de assistência, de forma que, quando voltado para a temática da segurança do paciente assume, entre outros aspectos, o dever de reconhecer falhas na assistência e traçar medidas com a intenção de evitá-las ou mesmo revertê-las (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

A percepção adequada da situação pelos profissionais, o atendimento humanizado, a boa comunicação entre a equipe e o paciente, o gerenciamento de recursos humanos e materiais, além da própria gestão hospitalar, vão colaborar para mudanças convenientes na cultura de segurança das instituições. Fatores estes que mostram o empenho, caráter e aptidão tanto da instituição quanto da equipe assistencial (COSTA *et al.*, 2018).

Os profissionais devem ser devidamente treinados em relação à segurança do paciente, sendo interessante o uso de ações como, por exemplo, a educação continuada com servidores da instituição, acrescentando e atualizando os seus saberes. Utilizando ações e iniciativas apresentadas na PNSP para um aprimoramento relevante nos serviços de saúde do país, implantando práticas seguras e a padronização do cuidar, trazendo assim a ‘cultura de segurança’ como uma mudança benéfica e constante.

Partindo do princípio que a segurança do paciente depende também dos profissionais, a equipe de enfermagem em especial pelo seu contato constante com o paciente, apresenta inegável valor no ambiente hospitalar, por informações e vivências significativas do profissional (COSTA *et al.*, 2018).

Entendendo o potencial da enfermagem na Segurança do Paciente, focar nesses profissionais, torna-se uma estratégia de prover e prever recursos em saúde. Sobre isto, a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP), criada em 2008, aponta como tática de consolidação da prática segura da enfermagem, a colaboração entre os setores do ensino e saúde (DUARTE *et al.*, 2015).

Nota-se que o conhecimento dos profissionais vai ser o maior diferencial no combate aos EA's, tornando-se indispensável abordar o assunto durante a formação ou em ações educativas com foco nas equipes multiprofissionais. A responsabilidade vai recair nos cursos de saúde, que até o presente momento tem a cultura de segurança como subentendida na grade curricular, a educação é feita associando a teoria com a prática, distinguindo e estudando falhas na assistência. As instituições se firmam no conceito de ensinar o certo, muitas vezes desconsiderando a probabilidade de falhas, não os preparando para o ambiente complexo e inconstante de um hospital (CAUDURO *et al.*, 2017).

A projeção da cultura de Segurança do Paciente desde a graduação, apresenta a finalidade de unir a cultura de segurança à notificação de erros, na tentativa de não apenas promover a segurança do cuidado, mas criar profissionais que se fundam no uso de práticas seguras, identificando e eliminando técnicas 'variáveis' perpetuadas em sistemas de saúde, de modo que sejam capazes de influenciar positivamente na qualidade da assistência, reconhecendo falhas humanas e, ao mesmo tempo, empenhando-se para minimizá-las ou evitá-las (RODRIGUES; CASTRO; VITORIO, 2018).

3 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICA

3.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa transversal, de caráter descritivo e abordagem quantitativa. Os estudos que fazem uso da pesquisa transversal são realizados em um curto período de tempo, trabalha-se obtendo dados, usando da observação de variáveis, para que seja criado uma base para resultados confiáveis. Dados estes que podem ser coletados de fontes primárias ou secundárias, sem necessidade dos participantes a acompanharem, sendo ideal para pesquisas que tentam compreender a prevalência, causa e efeito da questão levantada. Tendo como vantagens o fato de ser rápida e não ser custosa, podendo ser repetida rapidamente caso necessário (RAIMUNDO; ECHEIMBERG; LEONE, 2018; FONTELLES *et al.*, 2009).

3.2 LOCAL DE PESQUISA

A pesquisa foi realizada no município de João Pessoa – PB, especificamente na Faculdade de Enfermagem Nova Esperança - Facene. A escolha do cenário se deu pela facilidade para realização da pesquisa, visto o atual momento de pandemia que estamos vivenciando.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população da pesquisa foi constituída pelos estudantes de enfermagem que compõem o oitavo período do curso de Enfermagem, na Faculdade de Enfermagem Nova Esperança. A seleção seguiu os seguintes critérios de inclusão: estar vinculado à instituição por meio de matrícula regular, no período 2021.2, e cursando o último período do curso de Enfermagem no período da coleta de dados. Após o período de 30 dias, estipulado para coleta, todos os alunos elegíveis haviam preenchido o instrumento, portanto, a amostra foi de 56 estudantes.

3.4 INSTRUMENTO DE COLETAS DE DADOS

O instrumento de coleta de dados foi composto por um questionário estruturado acerca dos dados socioeconômicos dos participantes, bem como do conhecimento específico sobre o objeto deste estudo (APÊNDICE A), o qual foi direcionado aos

acadêmicos via *Google forms*, evitando assim qualquer aglomeração ou contato físico com a população alvo do estudo. Para melhor didática de respostas o instrumento foi dividido em duas etapas (A – dados socioeconômicos e B – sobre o conhecimento específico do objeto de estudo), a segunda etapa, por sua vez, se subdividiu em três fases (1 – Questões de concordo/discordo sobre segurança do paciente; 2 – questão de múltipla escolha sobre eventos adversos e; 3 – quatro casos clínicos).

A página inicial do instrumento (*online*) apresentava informações acerca dos objetivos da pesquisa, riscos potenciais, benefícios, dados da aprovação no Comitê de Ética e termo de consentimento para participação. Em seguimento a pergunta obrigatória “Aceita participar da pesquisa”, se apresentavam os itens do questionário. Ressalta-se que as questões específicas sobre segurança do paciente e eventos adversos foram extraídas e adaptadas de estudos já publicados (CARNEIRO *et al.*, 2011; BOHOMOL; TARTALLI, 2013; DUARTE *et al.*, 2015).

A duração da coleta individual foi de aproximadamente 20 minutos, tempo necessário para se alcançar a qualidade das informações.

3.5 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu após a autorização do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Enfermagem e Medicina Nova Esperança – FACENE/FAMENE, através de nº 5.068.692. Após a tramitação foi realizado contato prévio com o discente representante de sala, para divulgação da pesquisa e questionário (*online*) nos grupos de sala.

3.6 ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram compilados e transcritos para um banco de dados por meio do Programa Excel 2010. A análise ocorreu por meio de estatística descritiva (números absolutos e percentuais).

Para classificação do conhecimento dos estudantes quanto à adequabilidade, foram considerados o número de questões de cada fase constituinte da etapa B (exceção da fase 2). Assim, foi realizada a média aritmética entre as 13 questões da fase 1; e entre as 12 questões da fase 3. Por fim, a média geral entre ambas.

Foi considerado adequado o conhecimento que alcançou 70% de rendimento, ou seja, média ≥ 7 , e inadequado médias < 7 (Quadro 1).

Quadro 1 – Cálculo para análise do questionário. João Pessoa/PB, Brasil, 2021.

	Fase 1 – Questões sobre Segurança do paciente	Fase 2 – Múltipla escolha sobre eventos adversos	Fase 3 – Cenários clínicos	Calculo para média geral
Nº de itens	13 itens	23 itens	12 itens	
Cálculo média individual	$\frac{\text{Nº de acertos}}{\text{Nº de itens}}$	-----	$\frac{\text{Nº de acertos}}{\text{Nº de itens}}$	$\frac{\text{Média 1 + 2}}{2}$
Classificação	Adequado ≥ 7	-----	Adequado ≥ 7	Adequado ≥ 7
	Inadequado < 7	-----	Inadequado < 7	Inadequado < 7

Fonte: Elaboração Própria. João Pessoa/PB, Brasil, 2021.

Após a análise, os resultados foram agrupados em tabelas e gráficos, e discutidos à luz da literatura pertinente.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo respeitou os aspectos éticos preconizados pela Resolução CNS 466/2012, e demais Resoluções complementares e da Norma Operacional No 001/2013 CNS seguindo CEP FACENE/FAMENE.

Os segmentos acima implicam no respeito ao participante da pesquisa em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o pesquisador responsável declara no termo compromisso que conhece e cumprirá o Código de Ética dos profissionais de Enfermagem e as Resoluções Éticas Brasileiras e, em especial a Resolução CNS 466/2012 e suas complementares em todas as fases desta pesquisa (Apêndice B) (COFEN, 2017; BRASIL, 2012).

Vale ressaltar que foi esclarecida a finalidade da investigação, respeitando a garantia do anonimato, procedimento para a coleta das informações, explicação sobre o questionário, bem como a disposição para a retirada de dúvidas a respeito de qualquer pergunta após a aplicação do formulário e o direito de participar ou desistir da participação, no momento que desejar, sem que para isso, sofra algum tipo de prejuízo

(BRASIL, 2012).

Ainda em conformidade a Resolução 466/2012 CNS, item V "Toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados". Considera-se que nesta pesquisa, os riscos são mínimos, haja vista, a não realização de intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas ou psicológicas e sociais dos indivíduos que participam no estudo. Os riscos previsíveis do estudo estiveram atrelados a utilização de um questionário com a finalidade de investigação/avaliação/mensuração do conhecimento dos participantes, o que pode ser considerados como possíveis causadores de danos, desconfortos e constrangimentos, como cansaço, vergonha ou aborrecimento em respondê-lo. Sobre isto, buscou-se minimizá-los utilizando primeiro - perguntas objetivas (de marcar X), segundo – questionários enviados via *Google forms*, que garante ao respondente a possibilidade de estar sozinho durante o preenchimento do mesmo, e terceiro – a garantia da confidencialidade ética, acrescida do anonimato. Ainda sobre a confidencialidade dos dados, estes foram processados e analisados pela pesquisadora principal, o que evitou a exposição dos dados a terceiros.

Não obstante os riscos potenciais, a pesquisa em questão se justifica admissível por oferecer elevada possibilidade de gerar conhecimento para entender como está consolidado o conhecimento de futuros profissionais de enfermagem, sobre uma temática preponderante no cuidar seguro e de qualidade. Além disso, os dados podem apontar direcionamento de melhora do ensino, e portanto, prevenir ou aliviar um problema que afete o bem-estar da sociedade no futuro em que os estudantes estejam atuando enquanto profissionais.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra total resultou em 56 estudantes de enfermagem, totalizando uma taxa de resposta de 100%. Quanto ao perfil demográfico a maioria foi do sexo feminino (49 / 87,5%), com idade mínima de 20 e máxima de 50 anos e média de 24,8 anos, naturais da capital João Pessoa (31 / 55,5%) e residindo na mesma (49 / 89,4%).

Economicamente a maioria dos estudantes não realiza atividade laboral (28 / 50%), seguido pelos que trabalham, porém recebem ajuda financeira (12 / 21,4%) e aqueles que exercem atividade e são responsáveis por seu próprio sustento (11 / 19,6%). Quanto a possuírem outra graduação, maior número informou não possuir (48 / 85,7%). Uma pequena porcentagem já possui formação técnica (20 / 35,7%), embora apenas nove (16,1%) atuem na área.

Adentrando aos aspectos conceituais de avaliação do conhecimento dos estudantes acerca da segurança do paciente, a Tabela 1 descreve os resultados.

Tabela 1 – Distribuição das respostas dos estudantes sobre os aspectos conceituais referentes à segurança do paciente. João Pessoa/PB, Brasil, 2021. (n=56)

QUESTÕES	ACERTOS	ERROS
A definição de segurança do paciente é a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde, sendo risco como probabilidade de um incidente acontecer e dano o comprometimento da estrutura do corpo em sua totalidade.	51 / 91,1%	5 / 9%
Cometer erros na área da saúde é inevitável.	15 / 26,8%	41 / 73,3%
Os eventos são, em sua maioria, evitáveis.	54 / 96,5%	2 / 3,6%
Na vigência de um erro, todos os envolvidos (profissionais, alunos, gestores, pacientes e familiares) devem discutir sua ocorrência.	47 / 84%	9 / 16,1%
O check list ‘Cirurgia Segura’ é estratégia da OMS e MS para reforçar a segurança do paciente no Centro Cirúrgico.	53 / 94,7%	3 / 5,4%
O check list ‘Cirurgia Segura’ deve ser preenchido antes do procedimento. Antes da indução anestésica e antes do paciente deixar a sala operatória.	51 / 91,1%	5 / 9%
Evento adverso é o incidente que resulta em dano ao paciente	45 / 80,4%	11 / 19,7%
O evento adverso pode ser: circunstância notificável; near miss; sem danos e com dano.	8 / 14,3%	48 / 85,8%
Evento adverso pode ser classificado quanto a previsibilidade	37 / 66,1%	19 / 34%
Evento adverso pode ser classificado quanto à frequência: comum e raros	11 / 19,7%	45 / 80,4%
Evento adverso pode ser classificado quanto a causalidade	45 / 80,4%	11 / 19,7%
Evento adverso pode ser classificado quanto a gravidade: grave e severo.	11 / 19,7%	45 / 80,4%
Evento adverso pode ser classificado quanto a seriedade: sérios e não sérios.	32 / 57,2%	24 / 42,9%

Fonte:Elaboração Própria. 2021.

Considerando a apreciação da Tabela 1 infere-se que quatro das 13 afirmações se destacaram sobre as respostas mais erradas pelos estudantes, foram elas: 1) *cometer erros na área da saúde é inevitável* (41 - 73,3%); 2) *o evento adverso pode ser: circunstância notificável; near miss; sem danos e com dano* (48 - 85,8%); 3) *evento adverso pode ser classificado quanto à frequência: comum e raros* (45 - 80,4%); e 4) *evento adverso pode ser classificado quanto a gravidade: grave e severo* (45 - 80,4%). A exceção da primeira afirmação, que era verdadeira e a maioria dos respondentes a considerou falsa, as demais

eram falsas e os respondentes as consideraram verdadeiras.

Segundo Pena e Melleiro (2018), o ambiente hospitalar é complexo e por si só exige demasiadamente de seus profissionais que não cometam erros. Entretanto, falhas humanas estão propensas a acontecer em qualquer meio, mesmo em organizações de referência. Em consonância, Rodrigues *et al* (2018) ressalta que este tipo de erro pode ocorrer por causas multifatoriais, seja por falta de instrução dos profissionais, atitudes equivocadas ou falta de habilidade. Neste caso pode-se usar medidas que ajudem na contenção de tais erros, entretanto não irá excluir totalmente a possibilidade de uma eventualidade ligada a falha humana.

Sobre as questões envolvendo conceituação acerca dos Eventos Adversos (EA), a Portaria Nº 529, de 1º de abril de 2013, que define a Política Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) traz como conceito para EA aquele incidente que resulta em dano causado pelo cuidado à saúde e não pela doença de base. Sendo também os EA's reconhecidos como de caráter notificável (BRASIL, 2013a). Estes eventos podem ser classificados por sua frequência como muito comuns, comuns, incomuns, raros e muito raros; por sua gravidade em leves, moderados, graves/severos e letais. Onde grave e severo não diferem, mas sim ocupam o mesmo espaço e significância, enquanto se tem mais três tipos de classificações; quanto à previsibilidade; causalidade e seriedade (MARODIN; GOLDIM, 2009).

De maneira resumida, pode-se dizer que o conhecimento mensurado e exposto na tabela 1, aponta para um bom nível de instrução dos estudantes. Contudo, quando os dados são analisados isoladamente, ou seja, a medida que a adequabilidade do conhecimento é inferida pela média de acertos individuais dos estudantes, os dados revelam uma inadequabilidade das informações, conforme observado no gráfico 1.

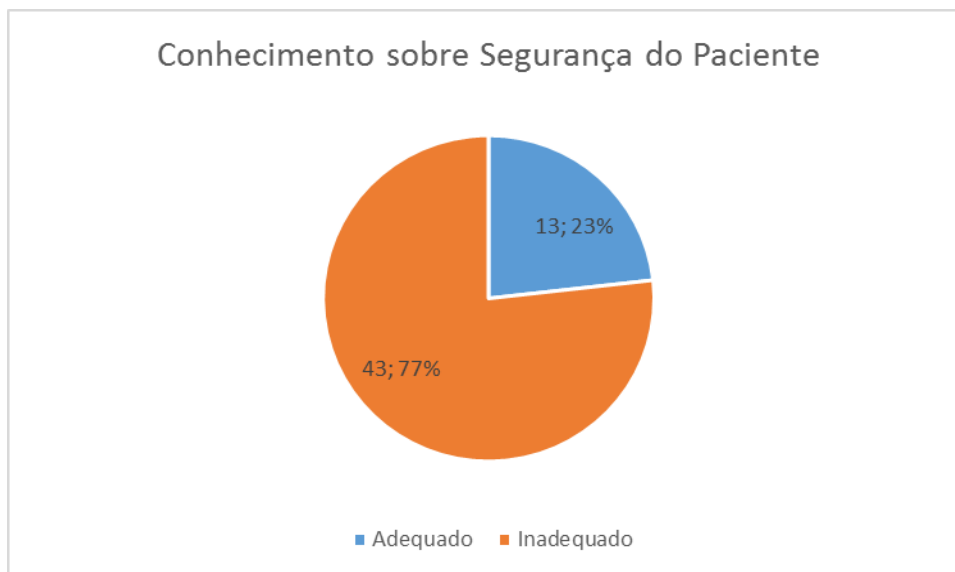


Gráfico 1- Adequabilidade das respostas dos estudantes acerca da Segurança do Paciente. João Pessoa/PB, Brasil, 2021.

Fonte: Elaboração Própria, 2021.

Os dados acima explicitam que apenas 13 estudantes acertaram mais de oito das 13 questões elencadas sobre segurança do paciente, o que totaliza 70% de acertos.

Os resultados apresentados nessa primeira etapa nos revelam uma certa dificuldade dos alunos em ter uma definição consolidada do EA e principalmente em compreender que os profissionais estão propensos a errar, em que se teve uma quantidade superior à metade dos entrevistados discordando dessa afirmação. Esse último achado vem em desencontro com o estudo de Cauduro *et al* (2017), que aborda a importância de o erro ser compreendido como uma possibilidade, em qualquer nível assistencial e durante a graduação, no qual se deve haver uma discussão não de caráter punitivo, mas em forma de aprendizado. Sendo esse o caminho certo para fortalecimento da cultura de segurança e mudança no ensino baseado apenas na assertividade.

Em pesquisa também com estudantes da graduação, Rodrigues; Castro; Vitorino (2018) encontraram achados similares e discutem que desde a graduação tem-se a errada noção de que os bons profissionais da saúde não erram, ou de que basta ter atenção que não há erro, poucos reconhecem que errar é humano. O reconhecimento do papel dos sistemas e da aceitabilidade do erro humano é essencial neste contexto, e as Instituições de Ensino Superior (IES) têm papel fundamental em contribuir com este princípio ainda durante o processo de ensino no meio acadêmico.

Quando questionados sobre quais das 23 possibilidades listadas no questionário

se caracterizavam como eventos adversos recorrentes no Centro Cirúrgico (CC), quatro sobressaíram como mais citadas e três como menos citadas, conforme observado no Gráfico 2.



Gráfico 2 – Distribuição das respostas dos estudantes sobre os eventos adversos recorrentes no centro cirúrgico. João Pessoa/PB, Brasil, 2021.

Fonte: Elaboração Própria, 2021.

Tendo em vista que todas as opções listadas acima são consideradas EA's não haveria respostas corretas ou não, por esse motivo estas não foram base de avaliação para adequabilidade de conhecimento dos estudantes. No entanto, os dados são importantes para a averiguação do que os respondentes reconhecem como EA's.

Estudo sobre a ocorrência de eventos adversos na clínica cirúrgica aponta com frequência bastante superior à prevalência de retirada de drenos, cateteres e sonda, seguido por quedas (CARNEIRO *et al.*, 2011). Nenhuma dessas duas opções foram

destaques nessa pesquisa.

Outras pesquisas inferem maior recorrência em infecção do sítio cirúrgico (BATISTA *et al.*, 2019), perda do acesso venoso, infecção do acesso venoso e quedas (SELL *et al.*, 2018). Destes houve concordância nesse estudo, embora, não tenham sido os de maior percentuais.

A Revisão Integrativa especificamente sobre EA's no centro cirúrgico constatou que os artigos que investigaram a ocorrência de EA em internações gerais apresentaram maior proporção em pacientes cirúrgicos e, como mais recorrentes nesse setor, eventos de origem infecciosa e pelo uso de medicamentos/flúidos endovenosos e/ou ocasionados pela anestesia (SANTOS *et al.*, 2021). Esses dados reforçam a vulnerabilidade do paciente submetido ao procedimento anestésico-cirúrgico. Embora os eventos citados não estejam entre os três mais citados pelos estudantes dessa pesquisa, foram bastante mencionados.

O terceiro conjunto de questões do instrumento, fez uso de cenários fictícios para fortalecer e investigar o entendimento dos alunos em situações “práticas”, como esses identificam os EA's e percebem a conduta de notificação, conforme observado na Tabela 2.

Tabela 2 - Cenários sobre eventos adversos cirúrgicos. João Pessoa/PB, Brail, 2021. (n=56)

CENÁRIOS	SIM N(%)	NÃO N(%)
1) Um procedimento de videolaparoscopia abdominal foi convertido em cirurgia aberta. A contagem de compressas não foi realizada no início do procedimento e ao término não houve conferência das mesmas. Durante o pós-operatório imediato foi constatado processo infeccioso, não havendo quaisquer indícios ou sinais flogísticos na incisão cirúrgica. A paciente voltou a sala de cirurgia para exploração laparoscópica quando observou-se presença de corpo estranho em seu abdômen, com características de compressa cirúrgica.		
É um evento adverso?	46 / 82,1%	10 / 17,9%
Deve ser notificado?	54 / 96,4%	2 / 3,6%
Sendo responsabilidade da equipe:		
Multidisciplinar	43 / 76,8%	13 / 23,2%
Médica	4 / 7,1%	52 / 92,9%
Enfermagem	9 / 16,1%	47 / 83,9%
2) Uma mulher com 68 anos, fumante, foi submetida a uma cirurgia eletiva de grande porte. Não foram colocadas meias antitrombolíticas e nem se fez uso de massagador de membros inferiores, como medidas preventivas de tromboembolismo.		
É um evento adverso?	35 / 62,5%	21 / 37,5%

Deve ser notificado?	44 / 78,6%	12 / 21,4%
Sendo responsabilidade da equipe:		
Multidisciplinar	40 / 71,4%	16 / 28,6%
Médica	4 / 7,1%	52 / 92,9%
Enfermagem	12 / 21,4%	44 / 78,6%
3) Em um dia no centro cirúrgico, foram agendadas duas artroscopias de joelho. A sala estava montada para a primeira cirurgia, que seria em joelho direito, com os equipamentos posicionados do lado esquerdo. Porém, o paciente que foi chamado em primeiro lugar deveria realizar artroscopia no joelho esquerdo. A equipe médica insistiu em realizar o procedimento, alegando que não havia necessidade de reorganizar a sala, assim o fez, contudo, durante o procedimento a equipe atentou para o fato de estar executando no membro errado.		
É um evento adverso?	39 / 69,6%	17 / 30,4%
Deve ser notificado?	54 / 96,4%	2 / 3,6%
Sendo responsabilidade da equipe:		
Multidisciplinar	34 / 60,7%	22 / 39,3%
Médica	21 / 37,5%	35 / 62,5%
Enfermagem	1 / 1,8%	55 / 98,2%
4) Um senhor de 78 anos foi submetido a uma colectomia em virtude de um câncer de reto. Ao ser retirada a peça cirúrgica, o circulante de sala perguntou ao instrumentador sobre seu destino, sendo-lhe informado que deveria ser descartada. Três dias depois, o cirurgião solicita o laudo da anatomia patológica dessa peça.		
É um evento adverso?	40 / 71,4%	16 / 28,6%
Deve ser notificado?	53 / 94,6%	3 / 5,4%
Sendo responsabilidade da equipe:		
Multidisciplinar	29 / 51,8%	27 / 48,2%
Médica	10 / 17,9%	46 / 82,1%
Enfermagem	17 / 30,4%	39 / 69,6%

Fonte: Elaboração Própria, 2021.

A maior parte dos estudantes consideraram que todos os cenários se tratavam de eventos adversos, sendo um equívoco aceitável, provando o ponto feito na primeira etapa da pesquisa, no qual estes não conseguiram distinguir o conceito de EA's e incidentes.

Os incidentes consistem em eventos ou circunstâncias que poderiam ter resultado, ou resultam, em dano desnecessário ao paciente. Esses podem ser classificados em circunstância notificável (incidente com potencial dano ou lesão), *near miss* (incidente que não atingiu o paciente), incidente sem lesão (quando atinge o paciente, mas não causa dano), e evento adverso (todo aquele que causa dano ao paciente) (BRASIL, 2014b).

Partindo dos conceitos acima, os cenários 1 e 3 seriam corretamente classificados como eventos adversos, o 2 circunstância notificável e o 4 um *near miss*. Todos os eventos adversos devem ser notificados, conforme disposto na Política Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), a qual encoraja e recompensa a identificação, a

notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança, com base na cultura de que a partir da ocorrência de incidentes, promove-se o aprendizado organizacional (BRASIL, 2014b). Essa ação foi majoritária entre os respondentes.

A notificação dos incidentes, independentemente de sua classificação, se dá por sua capacidade de prejudicar a assistência prestada, tendo em vista a importância de seu reconhecimento, pois, de acordo com Bohomol e Tartali (2013), sua monitoração colabora para uma reavaliação dos procedimentos e assistência, facilitando a criação de medidas que aumentem tanto a qualidade do serviço como a segurança.

A notificação vem como um alicerce importante na segurança do paciente, por trabalhar com a identificação de problemáticas e atuar na formulação/adoção de medidas que possam agir efetivamente sob a adversidade. Para Moraes e Aguiar (2020), a notificação é um dos mecanismos mais importantes para uma maior percepção de incidentes no âmbito da saúde, se utilizando da notificação espontânea feita pelos próprios profissionais, tendo impacto na promoção da segurança no meio hospitalar e servindo como parâmetro de qualidade do serviço.

Quando questionados sobre qual parte da equipe seria responsável pelos incidentes, para todos os cenários prevaleceu a ‘Equipe Multidisciplinar’. No entanto, é importante destacar que, novamente para todos os cenários, a ‘Equipe Médica’ apresentou altos índices de não responsabilização, ou seja, uma maioria considerável não apontaria os profissionais médicos como motivadores dos incidentes.

Pesquisa com panorama didático muito similar identificou que, para todos os cenários, um percentual menor de respostas julgou que todos da equipe multidisciplinar seriam responsáveis pelos atos de segurança em um centro cirúrgico. De modo geral, a colocação de medidas de prevenção para tromboembolismo e a contagem de compressas esteve relacionada a um papel específico da equipe de enfermagem, enquanto a adequação da sala e o encaminhamento de peças para anatomia patológica foram entendidas como atribuição da equipe médica (BOHOMOL; TARTALI, 2013). Os achados divergem dos encontrados neste estudo.

Os achados corroboram para uma visão integral da equipe, sobre o fato de todos estarem envolvidos e, portanto, apresentarem responsabilidade sobre o processo, panorama compartilhado pela cultura da segurança do paciente.

Entre as estratégias da Organização Mundial de Saúde (OMS), para o bom

desenvolvimento das equipes no CC e minimização da ocorrência de EA, destaca-se o uso do *Checklist* de cirurgia segura, que deve ser aplicado em três momentos: identificação (antes da indução anestésica), *Time Out* ou Pausa (antes da incisão, com a presença de todos os membros da equipe na sala cirúrgica) e saída (antes de o paciente deixar o centro cirúrgico) (BRASIL, 2009b).

Dentre as questões abordadas pelo *Checklist* de cirurgia segura estão a contagem de compressas, instrumentais e agulhas (3ª etapa – antes do paciente sair da sala); local da cirurgia (1ª e 2ª etapas – identificação e antes da incisão); biópsias identificadas (3ª etapa – antes do paciente sair da sala). Ou seja, apenas com aplicação desta ferramenta de baixo custo os quatro cenários descritos poderiam ser evitados.

Sobre essa condição orienta-se que uma única pessoa seja responsável pela aplicação, sendo o enfermeiro o profissional indicado para orientar a checagem, mas qualquer profissional que participa do procedimento cirúrgico pode ser o coordenador da verificação. Esse profissional deve ter plena autoridade sobre o processo cirúrgico, estando apto a interromper o procedimento ou impedir o avanço se julgar insatisfatório algum dos itens (WHO, 2008). Portanto, é preciso atentar para a integração e interação com a equipe, utilizar a checagem como meio de comunicação interpessoal, ou seja, como um facilitador na assistência ao paciente, já que uma boa relação e comunicação entre os profissionais atuantes em todos os níveis da assistência, mostram uma qualidade maior na oferta do serviço. (PANCIERI *et al.*, 2013; CASTRO *et al.*, 2018).

Sumarizando, a segurança do paciente é transversal no cotidiano de todas as profissões, por meio do compartilhamento das responsabilidades, da adesão aos protocolos, da comunicação efetiva, entre outros. O erro é importante quando se torna reflexão para formulação de estratégias que podem vir a ser implantadas para evitar sua recorrência. Logo, uma prática educativa, na qual todos os envolvidos discutam e aprendam juntos (CAUDURO *et al.*, 2017).

De maneira geral, a compreensão dos estudantes de enfermagem sobre os eventos adversos precisa ser melhor consolidada, haja vista que em média as respostas deixaram a desejar, como apresentado no Gráfico 2.

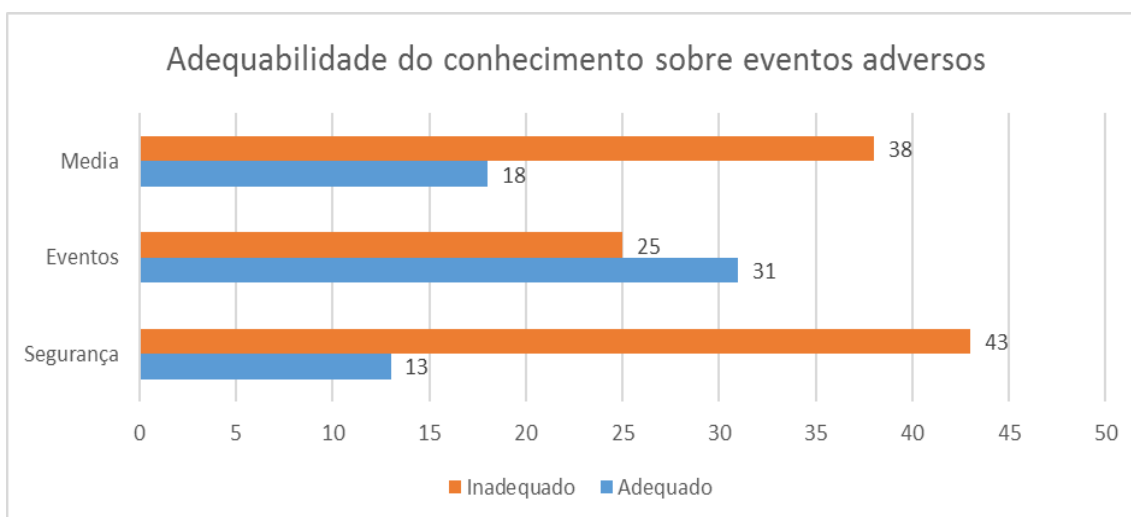


Gráfico 3 – Adequabilidade das respostas dos estudantes sobre os eventos adversos, considerando índice de acertos e média aritmética. João Pessoa/PB, Brasil, 2021.

Fonte: Elaboração Própria, 2021.

O desempenho dos estudantes nos primeiros itens do questionário foi importante para fragmentar a compreensão do conhecimento expresso pela média aritmética esboçada no gráfico 3. Esse panorama difere daquele encontrado por Rodrigues; Castro e Vitorini (2018) em que alunos participantes do estudo apresentaram conhecimento e percepção positiva sobre a temática Segurança do Paciente, embora, quando se trata das atitudes, constatarem fragilidades.

Teixeira *et al* (2021), avaliando estudantes de enfermagem sobre a segurança do paciente, também encontram pontos positivos e negativos relacionados ao conhecimento dos mesmos. Em outro estudo, levando em consideração a percepção de técnicos de enfermagem sobre aspectos da segurança do paciente, os profissionais demonstraram não terem conhecimento claro e fundamentado teoricamente sobre os aspectos que envolvem a segurança cirúrgica, não reconhecem o instrumento como ferramenta de prevenção/redução dos erros comumente ocorridos em centro cirúrgico e não sabem utilizá-la de maneira adequada (FERREIRA *et al.*, 2019).

Em virtude disso, é importante que enxerguemos os estudantes como o futuro da assistência e reflexo das instituições de ensino. Fato que deve abranger estes de forma multidisciplinar, pois, uma equipe não é constituída apenas por um tipo de profissional. A busca pelo fortalecimento da cultura de segurança através de uma mudança no ensino e na própria cultura punitiva, ainda presente nos hospitais, necessita do apoio não apenas da docência, mas também dos profissionais atuantes. Por fim, ressalta-se a importância em

se construir uma cultura que consiga distinguir falhas e EA's na assistência, usando de uma comunicação educativa para o combate destas (CAUDURO *et al.*, 2017).

5 CONCLUSÃO

Os resultados dessa pesquisa, apontaram que os conhecimentos dos estudantes de enfermagem acerca do contexto global de segurança do paciente e eventos adversos é ainda fragilizado, necessitando de melhor consolidação sobre detalhes muito importantes desse conteúdo. Também se observou que quando colocados sob “condições reais” (casos clínicos / cenários clínicos), os respondentes souberam responder aos questionamentos de forma adequada, muito embora tenham cometido falhas na diferenciação entre os EA’s e incidentes. Isso posto, conclui-se que os objetivos inicialmente traçados foram alcançados.

Como os princípios no ambiente da saúde estão sempre em mudança, ou acrescentando novos saberes, os profissionais também devem se manter constantemente atualizados. O fato de os estudantes participantes apresentarem certo grau de dificuldade em diferenciar EA’s de incidentes; assim como, ao fato que não conceberem a falha humana como imprevisível e por vezes inevitáveis no centro cirúrgico, a falta de informação sobre a classificação dos EA’s, e sobre aqueles que são mais recorrentes, nos instiga a pensar sobre a necessidade de melhor ou maior explanação acerca da temática. Além do conhecimento limitado dos estudantes sobre políticas que ditam definições importantes no meio hospitalar, principalmente em relação a PNSP, portaria que aborda os eventos adversos, incidentes e a própria cultura de segurança.

Entretanto, foram obtidos bons resultados em relação à notificação e culpabilidade dos EA’s, mostrando que estes compreendem a importância de notificar o erro e que não se deve ter fragmentação da responsabilidade pelo mesmo, pois, todo o procedimento é passado por toda a equipe, o que reflete diretamente no empoderamento da nossa profissão.

A segurança do paciente deve ser algo compreendido por todos os profissionais, mas em especial pelo enfermeiro que está presente em todo o processo do cuidar. Os estudantes devem ser estimulados a aprofundar seus conhecimentos sobre os fatores causadores dos EA’s, vendo estes como uma possibilidade na oferta da assistência. Uma vez que se trata de um assunto relativamente recente, é importante sua discussão no meio acadêmico e em ações de educação permanente com profissionais já atuantes.

Por fim, em relação às dificuldades apresentadas durante a pesquisa realizada, o

principal obstáculo foi a falta de artigos relativamente recentes sobre o assunto e o curto espaço de tempo para coleta de dados, que precisou ser *online*, em detrimento a situação pandêmica atual.

REFERÊNCIAS

ABREU, I. M.; *et al.* **Cultura de segurança do paciente em centrocirúrgico: visão da enfermagem.** Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre , v. 40, n. spe, e20180198, 2019 .

Disponível

em:

[https://www.scielo.br/j/rgenf/a/zxZjZd3vY84xr8FvRj7htr/?format=pdf&lang=pt#:~:text=A%20dimens%C3%A3o%20da%20cultura%20de,%E2%80%9D%20\(32%2C6%25\).](https://www.scielo.br/j/rgenf/a/zxZjZd3vY84xr8FvRj7htr/?format=pdf&lang=pt#:~:text=A%20dimens%C3%A3o%20da%20cultura%20de,%E2%80%9D%20(32%2C6%25).)

Acesso em: 20 mar 2021.

ALMEIDA, H. O. C.; JESUS, A. M. de; MORAIS, C. R. Eventos Adversos Relacionados à Assistência em Serviços de Saúde: Um Desafio para Segurança do Paciente. **Caderno de Graduação**, [S. l.], v. 6, n. 2, p. 11, 2020. Disponível em:

<https://periodicos.set.edu.br/cadernobiologicas/article/view/7228> Acesso em: 20 mar 2021.

ARAÚJO, E. B.; *et al.* Conhecimentos e Práticas de Enfermeiros Sobre Segurança do Paciente. **Temas em Saúde**, João Pessoa, v. 19, n. 4, p. 95 - 115, 2019. Disponível em:

<https://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2019/09/19426.pdf> Acesso em: 15 abr 2021.

ARAÚJO, I. S.; CARVALHO, R. Eventos adversos graves em pacientes cirúrgicos: Ocorrência e desfecho. **Revista SOBECC**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 77 - 83, 2018. ISSN 2358-2871. DOI: 10.5327/Z1414-4425201800020004. Disponível em:

<https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/401> Acesso em: 15 abr 2021

BARBOSA, G. A.; LIEBERENZ, L. V. A.; CARVALHO, C. A. A Percepção dos Profissionais de Enfermagem do Centro Cirúrgico em Relação aos Benefícios da Implantação do Protocolo de Cirurgia Segura em um Hospital Filantrópico no Município de Sete Lagoas, MG. **Revista Brasileira de Ciências da Vida (RBCV)**, Minas Gerais, v. 6, n. 3, 5 abr. 2018. Disponível em:

<http://jornalold.faculadecienciasdavidacom.br/index.php/RBCV/article/view/614> Acesso em: 15 abr 2021

BATISTA, J.; *et al.* Prevalência e evitabilidade de eventos adversos cirúrgicos em hospital de ensino do Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE)**, [s. l.], v.27, ed. 2939, 2019. DOI 10.1590/1518-8345.2939.3171. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rlae/a/XpgShVwtVqC78bymt63Scwc/#:~:text=a%20preval%C3%A2ncia%20de%20eventos%20adversos,aproximadamente%2C%2040%25%20dos%20casos.>

Acesso em: 10 ago 2021

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 jun. 2013.

BOHOMOL, E.; TARTALI, J. A. Eventos adversos em pacientes cirúrgicos: conhecimento dos profissionais de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 26, n. 4, p. 376-81. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ape/a/SjW3W7TTFJh6hQnRJRJF9cy/abstract/?lang=pt#:~:text=E>

ventos%20adversos%20em%20pacientes%20cir%3%BArgicos%3A%20conhecimento%20dos%20profissionais%20de%20enfermagem,-
Elena%20Bohomol%20Juliana&text=RESULTADOS%3A%20As%20causas%20mais%20freq%3%BCentes, equipe%20de%20enfermagem%20e%20m%3%A9dica. Acesso em: 20 nov 2021

BOHOMOL, E.; TATARLI, J. A. Utilização de cenários para a educação sobre segurança do paciente em centro cirúrgico. **Revista SOBECC**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 138-44, set. 2017. ISSN 2358-2871. Disponível em:
<https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/234> Acesso em: 10 nov 2021

BRASIL. Lei Nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. **Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária e dá outras providências**. Diário Oficial União. 27 jan 1999.

BRASILa. Portaria Nº 1.660, de 22 de julho de 2009. **Institui o Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária – Vigipós, no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, como parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial União. 23 jul 2009.

CARNEIRO, F. S.; *et al.* Eventos adversos na clínica cirúrgica de um hospital universitário: instrumento de avaliação da qualidade. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 204-211, abr./jun. 2011. Disponível em:
<https://repositorio.bc.ufg.br/handle/ri/15685> Acesso em: 20 nov 2021.

CASTRO, R. S.; *et al.* Segurança do Paciente em Centro Cirúrgico no Cenário Brasileiro: Uma Revisão Integrativa. **Revista de Enfermagem da UFJF**, [S. l.], v. 4, n. 1, 2018. Disponível em:
<https://periodicos.ufjf.br/index.php/enfermagem/article/view/14018> Acesso em: 03 nov 2021.

CAUDURO, G. M. R.; *et al.* Segurança do paciente na compreensão de estudantes da área da saúde. **Rev. Gaúcha de Enfermagem** [online]. v. 38, n. 2, e64818, 2017. Disponível em:
<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.64818> Acesso em: 01 nov 2021.

COFEN - Resolução COFEN nº. 311/2007: **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov> Acesso em: 03 jun 2021.

COSTA, D. B.; *et al.* Cultura de Segurança do Paciente: Avaliação Pelos Profissionais de Enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 27, n. 3, e2670016, 2018. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/tce/a/ZWcDcxB9zC5KzbdMPZQrWYF/abstract/?lang=pt#:~:text=para%20o%20alcance%20de%20cultura,a%20seguran%C3%A7a%20do%20paciente%20e> Acesso em: 06 ago 2021.

DUARTE, S. C. M.; *et al.* Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. **Rev. Brasileira de Enfermagem**[online], v. 68, n. 1, pp. 144-54, 2015. Disponível em:
<https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680120p> Acesso em: 23 ago 2021

FERREIRA, N. C. S.; *et al.* Checklist de cirurgia segura: conhecimento e utilização do instrumento na perspectiva dos técnicos de enfermagem. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 9, 2019. Disponível em: <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/2608/0> Acesso em: 25 set 2021

FIGUEIREDO, I. H. M.; MATTOS, M. C. T.; CAMPOS, M. P. A. Conhecimento e Posicionamento de Profissionais de Enfermagem Frente à Ocorrência de Eventos Adversos. **Temas em Saúde**, João Pessoa, v. 20, n. 1, p. 64 - 76, 2020. Disponível em: <https://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2020/02/20105.pdf> Acesso em: 30 mai 2021

FONTELLES, M. J.; *et al.* Metodologia da pesquisa científica: Diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa. **Revista Paraense de Medicina**, Pará, 23 jul. 2009. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-588477> Acesso em 25 jul 2021.

LELIS, L. S.; AMARAL, M. S.; OLIVEIRA, F. M. Prevenção de Eventos Adversos Relacionados ao Procedimento Cirúrgico: Uma Prática da Enfermagem. **Revista Científica FacMais**, [s. l.], v. 6, n. 4, p. 175-95, 2017. Disponível em: <https://revistacientifica.facmais.com.br/wp-content/uploads/2018/01/10-PREVEN%C3%87%C3%83O-DE-EVENTOS-ADVERSOS-RELACIONADOS-AO-PROCEDIMENTO-CIR%C3%9ARGICO-UMA-PR%C3%81TICA-DA-ENFERMAGEM.pdf> Acesso em: 21 out 2021

MARODIN, G.; GOLDIM, J. R. Confusões e ambiguidades na classificação de eventos adversos em pesquisa clínica. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 690-696, Set. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000300027&lng=e Acesso em: 25 ago 2021.

MENDES, P. J. A.; ARAÚJO, K. C. G. S.; MORGAN, P. E. Atuação do Enfermeiro na Prevenção de Eventos Adversos no Centro Cirúrgico, Utilizando SAEP. **Boletim Informativo Unimotrisaúde em Sociogerontologia (BIUS)**, [s. l.], v. 19, n. 13, 9 jun. 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufam.edu.br/index.php/BIUS/article/view/7661> Acesso em: 26 jul 2021.

BRASILb. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Organização Mundial da Saúde. **Segundo desafio global para a segurança do paciente. Cirurgias seguras salvam vidas**. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; 2009.

BRASILb. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente** / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

BRASILa. Portaria N° 529, de 1 de Abril de 2013. **Institui o programa nacional de segurança do paciente (PNSP)**. Diário Oficial União. 2 abr 2013.

BRASILb. Portaria N° 1.377, de 9 de Julho de 2013. **Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente**. Diário Oficial da União. 10 jul 2013.

BRASILc. Portaria Nº 2.095 de 24 de Setembro de 2013. **Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente.** Diário Oficial da União. 24 set 2013.

BRASILA. Portaria Resolução da Diretoria Colegiada - RDC Nº 51, de 29 de Setembro de 2014. **Dispõe sobre a Rede Sentinela para o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.** Diário Oficial da União. 2014

MORAES, C. C. M. DE S.; AGUIAR, R. S. A notificação de eventos adversos e suas lacunas no processo da segurança do paciente. **Nursing** (São Paulo), v.23, n. 271, p.: 5025-40, dez. 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/controlcancer/resource/pt/biblio-1147022?src=similardocs> Acesso em: 25 mai 2021.

OLIVEIRA, J. L. C.; *et al.* Segurança do paciente: conhecimento entre residentes multiprofissionais. Einstein (São Paulo), São Paulo, v. 15, n. 1, p. 50-57, Mar. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082017000100050&ln Acesso em: 30 mar 2021

PANCIERI, A. P.; *et al.* Checklist de cirurgia segura: análise da segurança e comunicação das equipes de um hospital escola. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 34, p. 71-8, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/hpcybZ8fkZ8MfxmhWgMccQC/?lang=pt> Acesso em: 26 nov 2021.

WHO. **Patient Safety: Making health care safer.** Geneva: World Health Organization; 2017. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/255507>

PENA, M. M.; MELLEIRO, M. M. Eventos adversos decorrentes de falhas de comunicação: Reflexões sobre um modelo para transição do cuidado. **Rev Enferm UFSM**, Rio Grande do Sul, v. 8, n. 3, p. 616-25, jul./set. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/25432> Acesso em: 26 nov 2021.

RAIMUNDO, J. Z.; ECHEIMBERG, J. O.; LEONE, C. Tópicos de metodologia de pesquisa: Estudos de corte transversal. **Journal of Human Growth and Development**, São Paulo, v. 28, ed. 3, p. 356 - 60, 2018. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/152198> Acesso em: 15 jun 2021.

RODRIGUES, G. F.; CASTRO, T. C. S.; VITORIO, A. M. F. Segurança do paciente: Conhecimento e atitudes de enfermeiros em formação. **Rev. Científica de Enfermagem**. São Paulo, v. 8, ed. 24, p. 3 - 14, 2018. Disponível em: <https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/266> Acesso em: 30 nov 2021.

ROLLO, A. A.; *et al.* Documento de Referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. 1. ed. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_segura_nca.pdf Acesso em: 28 out 2021.

SANTOS, A. ; *et al.* Adverse events in surgical patients: An integrative review. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 4, p. e16810413896, 2021. Disponível em: <https://www.rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/13896> Acesso em: 27 nov 2021.

SELL, B. T.; *et al.* Dimensionamento dos profissionais de enfermagem e a ocorrência de eventos adversos em internação cirúrgica. **Ciência, Cuidado e Saúde**, [s. l.], v. 17, n. 1, 23 abr. 2018. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/33213> Acesso em: 29 nov 2021.

SILVA, G. K.; NOVARETTI, M. C. Z.; PEDROSO, M. C. **Percepção dos Gestores quanto à Aderência de um Hospital Público ao Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, v. 8, ed. 1, p. 80 - 95, janeiro/abril, 2019. Disponível em: <https://periodicos.uninove.br/revistargss/article/view/13680> Acesso em: 25 nov 2021.

SIQUEIRA, E. L. R.; *et al.* A Percepção da Equipe de Enfermagem Frente a Segurança do Paciente no Centro Cirúrgico. **Centro Universitário UNIVAG**, [s. l.], 2019. Disponível em: <http://repositoriodigital.univag.com.br/index.php/enf/article/viewFile/588/584#:~:text=A%20atua%C3%A7%C3%A3o%20da%20equipe%20de,et%20al.%2C%202015>). Acesso em: 25 out 2021.

TEIXEIRA, A. P. C. P.; *et al.* Perfil de estabelecimentos de saúde brasileiros participantes da Rede Sentinela. **Vigilância Sanitária em Debate: Sociedade, Ciência & Tecnologia** (Health Surveillance under Debate: Society, Science & Technology) – Visa em Debate, [S. l.], v. 5, n. 4, p. 88-93, 2017. Disponível em: <https://visaemdebate.incqs.fiocruz.br/index.php/visaemdebate/article/view/1006> Acesso em: 28 nov 2021.

TEIXEIRA, L. T. de O.; *et al.* Conhecimento dos acadêmicos de enfermagem sobre segurança do paciente. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 2, p. e57110212935, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/12935> Acesso em: 6 dez. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Checklists save lives**. Bull World Health Organ., v. 86, n. 7p.: 501-2, 2008.

APÊNDICE A

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

A - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Sexo: () Masculino () Feminino

Idade: _____

Cidade onde nasceu: _____

Cidade em que reside atualmente:

Participação econômica familiar: () Não trabalha () Trabalha, mas recebe ajuda
 () Trabalha e é responsável pelo seu sustento () Trabalha, é responsável pelo seu
 sustento e parcial pela família () Trabalha é o principal responsável pelo seu sustento
 da família

Possui formação em outra graduação: () sim () não

Possui formação em curso técnico anterior: () sim () não

Se sim, atua como técnico: () sim () não

B - DADOS SOBRE OBJETO DE ESTUDO

1 - Sobre Segurança do Paciente analise as questões:

	CONCORDO	DISCORDO
A definição de segurança do paciente é a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde, sendo risco como probabilidade de um incidente acontecer e dano o comprometimento da estrutura do corpo em sua totalidade		
Cometer erros na área de saúde é inevitável.		
Os eventos são, em sua maioria, evitáveis.		
Na vigência de um erro, todos os envolvidos (profissionais, alunos, gestores, pacientes e familiares) devem discutir sua ocorrência.		
O check list 'Cirurgia Segura' é estratégia da OMS e MS para reforçar segurança do paciente no Centro Cirúrgico		

O check list 'Cirurgia Segura' deve ser preenchido antes do procedimento. Antes da indução anestésica e antes do paciente deixar a salaoperatória.		
Evento adverso é o incidente que resulta em dano ao paciente		
O evento adverso pode ser: circunstância notificável; near miss; sem dano e com dano.		
Evento adverso pode ser classificado quanto a previsibilidade		
Evento adverso pode ser classificado quanto à frequência: comum e raros		
Evento adverso pode ser classificado quanto a causalidade		
Evento adverso pode ser classificado quanto a gravidade: grave e severo		
Evento adverso pode ser classificado quanto a seriedade: sérios e não sérios.		

2 - Considerando seus conhecimentos sobre Eventos adversos, assinale na lista abaixo os que você considera recorrentes no CENTRO CIRÚRGICO.

1. Erros de medicação
2. Queda
3. Extubação
4. Queimaduras durante procedimento
5. Hemorragias por desconexão de drenos
6. Bacteremia
7. Extravasamento de medicação
8. Flebite
9. Retirada indevida de cateter
10. Perfuração de esôfago em sondagem nasoentéricas e nasogástricas
11. Mau posicionamento e contaminação de sonda
12. Retirada indevida de drenos
13. Processos alérgicos relacionados a medicamentos
14. Procedimentos médicos incorretos
15. Evasão do paciente

16. Lesão por pressão
17. Reação adversa
18. Parada cardíaca
19. Hiperglicemia
20. Hipoglicemia severa
21. Reação transfusional
22. Falha no seguimento da rotina
23. Falha de comunicação
24. Posicionamento cirúrgico inadequado
25. Problemas no ato anestésico
26. Falta de equipamento
27. Equipamento com defeito

3 - Analise os cenários a seguir:

Cenário 3.1 - Um procedimento de videolaparoscopia abdominal foi convertido em cirurgia aberta. Acontagem de compressas não foi realizada no início do procedimento e ao término não houve conferência das mesmas. Durante o pós-operatório imediato foi constatado processo infeccioso, não havendo quaisquer indícios ou sinais flogísticos na incisão cirúrgica. A paciente voltou a sala de cirurgia para exploração laparoscópica quando observou-se presença de corpo estranho em seu abdome, com características de compressa cirúrgica.

É um evento adverso?

Deve ser notificado?

A responsabilidade é da equipe

- a) Médica
- b) Enfermagem
- c) Multidisciplinar

Cenário 3.2 - Uma mulher com 68 anos, fumante, foi submetida a uma cirurgia eletiva de grande porte. Não foram colocadas meias antitrombolíticas e nem se fez uso de massager de membros inferiores, como medidas preventivas de tromboembolismo.

É um evento adverso?

Deve ser notificado?

A responsabilidade é da equipe

- a. Médica
- b. Enfermagem
- c. Mutidisciplinar

Cenário 3.3 - Em um dia cirúrgico, foram agendadas duas artroscopias de joelho. A sala estava montada para a primeira cirurgia, que seria em joelho direito, com os equipamentos posicionados do lado esquerdo. Porém, o paciente que foi chamado em primeiro lugar deveria realizar artroscopia no joelho esquerdo. A equipe médica insistiu em realizar o procedimento, alegando que não havia necessidade de reorganizar a sala, assim o fez, contudo, durante o procedimento a equipe atentou para o fato de estar executando no membro errado.

É um evento adverso?

Deve ser notificado?

A responsabilidade é da equipe

- a. Médica
- b. Enfermagem
- c. Mutidisciplinar

Cenário 3.4 - Um senhor de 78 anos foi submetido a uma colectomia em virtude de um câncer de reto. Ao ser retirada a peça cirúrgica, o circulante de sala perguntou ao instrumentador sobre seu destino, sendo-lhe informado que deveria ser descartada. Três dias depois, o cirurgião solicita o laudo da anatomia patológica dessa peça.

É um evento adverso?

Deve ser notificado?

A responsabilidade é da equipe

- a. Médica
- b. Enfermagem
- c. Mutidisciplinar

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado discente (a), Sou Camila Fernandes Macedo, estudante de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE, e venho por meio deste, solicitar a sua participação e contribuição para o desenvolvimento de uma pesquisa, a qual se intitula: **CONHECIMENTO DE ESTUDANTES DE ENFERMAGEM ACERCA DOS EVENTOS ADVERSOS NO CENTRO CIRÚRGICO** e tem como orientadora a Prof^ª. Dr^a Karen Krystine Gonçalves de Brito, buscando, a partir de um devido esclarecimento acerca dos objetivos da pesquisa o envio de um formulário por via *on line*, que visa à coleta de informações disponíveis, a fim de colaborar com a pesquisa. A mesma, por sua vez, apresenta como objetivo geral Investigar o conhecimento dos estudantes de enfermagem em relação a eventos adversos no centro cirúrgico.

Ressaltamos ainda que esta pesquisa poderá causar riscos mínimos, no que se trata ocorrer exposição das respostas dos participantes, no entanto seu desenvolvimento trará inúmeros benefícios para a literatura científica. Desta forma, solicito sua autorização, para responder esse formulário que consistirá em 03 grupos de questões, contendo quesitos pertinentes aos objetivos propostos para a pesquisa; disposto em duas etapas: a primeira contendo os dados sociodemográfico; e a segunda, contendo perguntas sobre o conhecimento acerca dos eventos adversos no centro cirúrgico, com duração aproximada de 20 minutos, e após a conclusão do estudo, os resultados serão encaminhados para publicação em revistas científicas, divulgados em eventos científicos, periódicos e outros, tanto a nível nacional quanto internacional.

Informo-lhe que esta investigação, não lhe trará danos e comprometo-me em manter seu nome em sigilo caso decida contribuir, ressalto ainda, que sua participação é voluntária, e caso decida não participar do estudo ou desistir a qualquer momento, estará em seu direito. Estando ainda a pesquisadora a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. Diante do exposto agradecemos a sua contribuição o que tornará possível a realização dessa pesquisa e estamos à disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Eu, _____, declaro que entendi os objetivos, e a justificativa, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar da mesma. Declaro também que as pesquisadoras me informaram que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE. Estou ciente que receberei uma cópia deste documento rubricada a primeira página e assinada a última por mim e pela pesquisadora responsável, em duas vias, de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder da pesquisadora responsável.

João Pessoa, ____/____/2021

Prof^a Dr^a Karen Krystine Gonçalves de Brito
Pesquisadora responsável

Participante da pesquisa/Testemunha

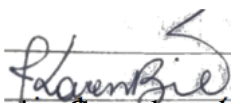
Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa: Rua Frei Galvão, 12, Bairro Gramame – João Pessoa – PB. CEP: 58067-695. Fone: (83)21064790. E-mail: cep@facene.com.br 2
Endereço do pesquisador responsável: Rua Severina Alves de Lima, 74, Funcionários II – João Pessoa – PB. CEP: 58079-240. Fone: (83)999075034. E-mail: karenbrito.enf@gmail.com

APÊNDICE C**TERMO DE COMPROMISSO DA PESQUISADORA RESPONSÁVEL**

Declaro que conheço e cumprirei as resoluções éticas brasileiras, em especial a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares em todas as fases da pesquisa intitulada: **“CONHECIMENTO DE ESTUDANTES DE ENFERMAGEM ACERCA DOS EVENTOS ADVERSOS NO CENTRO CIRÚRGICO”**. Comprometo-me submeter o protocolo à PLATBR, devidamente instruído ao Comitê de Ética em Pesquisa - CEP, aguardando o pronunciamento deste, antes de iniciar a pesquisa, a utilizar os dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e que os resultados desta investigação serão tornados públicos tão logo sejam consistentes, sendo estes favoráveis ou não, e que será enviado o relatório final pela PLATBR, via notificação ao CEP da FACENE/FAMENE até julho de 2022, como previsto no cronograma de execução.

Em caso de alteração do conteúdo do projeto comprometo comunicar o ocorrido em tempo real, através da PLATBR, via emenda. Declaro encaminhar os resultados da pesquisa para publicação em periódicos nacionais, com os devidos créditos aos pesquisadores associados integrantes do projeto, como também os resultados do estudo serão divulgados, como preconiza a resolução 466/2012 MS/CNS e a Norma Operacional Nº 001/2013 MS/CNS. Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

João Pessoa, 10 de setembro de 2021.



Karen Krystine Gonçalves de Brito
(Pesquisadora responsável)

ANEXO
APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

**ESCOLA DE ENFERMAGEM
NOVA ESPERANÇA LTDA**



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONHECIMENTO DE ESTUDANTES DE ENFERMAGEM ACERCA DOS EVENTOS ADVERSOS NO CENTRO CIRÚRGICO

Pesquisador: Karen Krystine Gonçalves de Brito

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 52059321.4.0000.5179

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem e Medicina Nova Esperança/FACENE/PB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.068.692

Apresentação do Projeto:

Este é o parecer da 2ª versão do projeto de pesquisa Protocolo CEP Nº 130/2021 da 8ª Reunião Ordinária dia 14/10/2021. No Parecer de Número 5.038.067 foram indicadas algumas pendências que deveriam ser ajustadas esclarecidas para atender ao que orienta a Resolução nº 466/2012 e a Resolução nº 510/2016.

O projeto é parte do trabalho de conclusão de curso de aluna da Faculdade de Enfermagem e Medicina Nova Esperança do curso de enfermagem

Resumo:

Introdução: O tema segurança do paciente tem sido amplamente estudado nos últimos anos, tendo em vista, a sua importância frente à prevenção de eventos adversos, para melhora da assistência e consequentemente, do cuidado. Nesse sentido, o centro cirúrgico, com sua complexidade, acaba exigindo profissionais capacitados a atuar conforme as recomendações mundiais para segurança do paciente. Por esse motivo, a preparação desde a graduação é peça fundante da mudança que se pretende viver. **Objetivo Geral:** Investigar o conhecimento dos estudantes de enfermagem em relação a eventos adversos no centro cirúrgico. **Método:** Trata-se de uma pesquisa transversal, com abordagem quantitativa, a ser desenvolvida com estudantes do último período de enfermagem, da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança. O instrumento para

Endereço: Avenida Frei Galvão, 12

Bairro: Gramame

CEP: 58.067-695

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)2106-4790

Fax: (83)2106-4777

E-mail: cep@facene.com.br