

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM

SUELEN PAIVA NICHELE

**INCIDENTES DE SEGURANÇA COM ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM
DURANTE OS ESTÁGIOS HOSPITALARES**

Porto Alegre

2015

SUELEN PAIVA NICHELE

**INCIDENTES DE SEGURANÇA COM ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM
DURANTE OS ESTÁGIOS HOSPITALARES**

Trabalho de Conclusão de Curso a ser apresentado ao Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como parte dos requisitos para obtenção do título de Enfermeira.

Orientadora: Prof^a Dr^a Heloisa Helena Karnas Hoefel

Porto Alegre

2015

AGRADECIMENTOS

À Prof^a Heloisa Helena Karnas Hoefel, pela grande ajuda e dedicação para a execução deste trabalho, orientando e me atendendo sempre que precisei, sendo um exemplo de professora.

Aos meus pais, Bruno e Rejane, e meus avós, Ody e Marlene, pelo amor, carinho e apoio durante esta trajetória.

Ao meu noivo, Marcos, pela ajuda e incentivo para a execução deste trabalho.

Aos alunos do 5^o, 6^o e 7^o semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, por terem respondido ao questionário e assim contribuído para minha pesquisa.

RESUMO

A segurança do paciente, preocupação mundial, tem sido pouco estudada com relação ao ensino. O objetivo deste estudo foi analisar incidentes de segurança com pacientes durante as atividades práticas dos acadêmicos de enfermagem. Trata-se de uma pesquisa exploratória, delineamento transversal. Acadêmicos do 5º, 6º e 7º semestre da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul foram convidados a participar e responder um questionário. Dos convidados, 99 aceitaram e foram relatados 67 incidentes com pacientes. A amostra de 67 (100%) foi estratificada de acordo com a classificação da Organização Mundial da Saúde em: 24 (36%) quase falhas (QF), 42 (62%) incidentes sem dano (ISD) e um (2%) com dano (ICD). Dos 67 incidentes, 23 (34%) ocorreram com medicamentos, e 44 (66%), outras práticas. Erros com medicamentos chegaram significativamente menos nos pacientes (QF) do que os ISD relacionados a outras técnicas ($\chi^2=22.0279$ e $p<0,05$). Erros com medicamentos na maioria foram diluição (45%), dose (26%), além de outros. Outras práticas foram na maioria erros em técnica asséptica durante procedimentos (52%). Ocorreram incidentes de segurança com pacientes identificados, causados por erros e sem danos reconhecidos, provavelmente por estarem supervisionados. Novos estudos envolvendo professores poderão auxiliar na implementação de formas seguras de ensino desse tema.

Descritores: Incidentes; Segurança do Paciente; Estudantes de enfermagem; Estágio.

ABSTRACT

Patient safety, a worldwide concern, has been little studied in relation to teaching. The objective of this study was to analyze security incidents with patients, during the clinical training of nursing students. It is an exploratory, cross-sectional research. Students from the 5th, 6th and 7th semesters of the Universidade Federal do Rio Grande do Sul Nursing School were invited to participate and answer a questionnaire. Once asked to participate, 99 accepted and they reported 67 incidents with patients. The sample of 67 (100%) was stratified according to the World Health Organization classification, resulting in: 24 (36%) near misses (NM), 42 (62%) incidents without damage (IWD) and one (2%) damaging incident (DI). Of the 67 events, 23 (34%) occurred with medication, and 44 (66%), where other practices. Errors with medication hardly affected the patients (NM), in comparison with other the IWD related with other techniques ($\chi^2= 22.0279$ $p < 0.05$). Errors with most drugs were mostly about dilution (45%) dose (26%), and others. Other practices were mostly errors in sterile technique during procedures (52%). There were security incidents with patients identified, caused by errors and without damages, probably because they were under supervision. New studies involving teachers can assist in the implementation of safe ways of teaching this subject.

Descriptors: Incidents; Patient safety; Nursing students; Internship.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	6
2	OBJETIVOS	9
2.1	OBJETIVO GERAL.....	9
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	9
3	REVISÃO DE LITERATURA	10
3.1	BASES PARA ESTUDAR A SEGURANÇA DO PACIENTE: RISCOS E INCIDENTES.....	10
3.2	GRAVIDADE DOS DANOS.....	11
3.3	CAUSAS.....	12
3.4	TIPOS DE OCORRÊNCIAS.....	13
3.4.1	Ocorrências com medicamentos	13
4	MÉTODO	15
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	15
4.2	CAMPO OU CONTEXTO.....	15
4.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	15
4.4	COLETA DE DADOS.....	16
4.5	ANÁLISE DOS DADOS.....	16
4.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	17
5	RESULTADOS	18
6	DISCUSSÃO	23
7	CONCLUSÃO	27
	REFERÊNCIAS	28
	APÊNDICE A – Questionário de Avaliação de Incidentes de Segurança	31
	APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	32

1 INTRODUÇÃO

Os incidentes de segurança do paciente, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), são eventos ou circunstâncias que poderiam resultar ou resultam em complicações desnecessárias ao paciente decorrentes dos cuidados à sua saúde (OMS, 2009). Os incidentes são acontecimentos inesperados e indesejados que podem ocorrer durante o cuidado de enfermagem, como a administração de uma medicação em um paciente que não deveria recebê-la ou tirar um paciente do leito enquanto ele estava prescrito com repouso absoluto, por exemplo. Tais incidentes podem ocorrer com diferentes categorias profissionais, assim como com acadêmicos de enfermagem que estão realizando atividades práticas durante os estágios hospitalares.

Um incidente pode ter duas classificações: sem danos, quando não acarreta problemas para o paciente; ou com danos, o qual também é conhecido como evento adverso (OMS, 2009; NOVARETTI et al., 2014). Além de a ocorrência dos eventos adversos ser um problema mundialmente importante para a saúde das pessoas, eles também podem causar prejuízos financeiros às instituições de saúde, uma vez que podem prolongar o tempo de internação do paciente, com tratamentos medicamentosos adicionais e materiais, entre outros (LORENZINI; SANTI; BÁO, 2014).

Nas duas últimas décadas, a segurança do paciente vem sendo tratada como grande preocupação mundial, pois infelizmente há mortes causadas por erros e que poderiam ser evitadas (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 1999). Segurança é conceituada pela OMS como “[...] a redução do risco de danos desnecessários a um mínimo aceitável” (OMS, 2009, p. 14). Há vários fatores que podem influenciar na segurança do paciente, sendo um deles os incidentes.

Segundo Coli, Anjos e Pereira (2010), o erro pode ser definido como uso não intencional de um plano incorreto para alcançar um objetivo, ou a não execução a contento de uma ação planejada. Também é importante ressaltar que nem todo erro resulta em dano. Quando envolvidos em erros, os profissionais podem sofrer punições verbais ou escritas, demissões, processos jurídicos, perda do direito de exercer a profissão e danos emocionais (FERREIRA et al., 2014; HOEFEL; MAGALHÃES; FALK, 2009).

Os acadêmicos, assim como os profissionais da saúde, estão sujeitos a circunstâncias de risco que podem levar à ocorrência de incidentes. Conhecer o problema relacionado a esse grupo poderá trazer o planejamento de medidas que visem minimizar esses riscos. Segundo Capucho, Arnas e Cassiani (2013), a cada seis pacientes internados, um é vítima de algum incidente relacionado à segurança, o que, em grande parte das vezes, poderia ter sido prevenido. Isso se justifica com a colocação de Paranaguá et al. (2013, p. 260), os quais nos trazem que, “[...] com mudanças nas atitudes gerenciais e profissionais, a ocorrência dos incidentes podem ser minimizadas”.

No decorrer da graduação, os alunos devem realizar os estágios propostos pelas disciplinas. Os estágios hospitalares têm como finalidade inserir o aluno na prática diária dos cuidados de enfermagem junto aos pacientes das unidades de internação ou dos que estão em acompanhamento nas demais áreas do hospital, no ambulatório, por exemplo. Os acadêmicos iniciam com atividades teóricas para, posteriormente, praticar no Laboratório de Práticas de Enfermagem (LAPENF) e somente após o treinamento iniciam as práticas hospitalares. Durante as aulas no LAPENF as técnicas de procedimentos realizados pela equipe de enfermagem são demonstradas por professores e monitores das disciplinas e então treinadas pelos acadêmicos.

O estágio hospitalar provê ao aluno a vivência de situações cotidianas que o colocam a par da realidade que irá encontrar no seu futuro profissional (CASATE; CORRÊA, 2006). Durante os estágios, os acadêmicos assumem os cuidados de um ou mais pacientes, dependendo do semestre em que o aluno se encontra e da capacidade do mesmo. Os alunos realizam procedimentos como administrar medicamentos, realizar os cuidados de enfermagem prescritos, evoluem no sistema eletrônico do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), estabelecem os diagnósticos de enfermagem e prescrevem os cuidados a serem realizados em determinado paciente.

Enquanto da realização das atividades práticas, os alunos são orientados e supervisionados por professores e monitores da disciplina correspondente. O elevado número de alunos por professor em campo de prática é um ponto que merece destaque no que diz respeito aos erros cometidos por acadêmicos. Segundo Santos e Radünz (2011), um número elevado de alunos diminui o tempo e a atenção que o professor tem para se dedicar a cada um deles, o que, por conseguinte, gera

estresse ao professor. Tal carga de estresse acaba sendo transmitida para o aluno e assim gera a possibilidade de que o mesmo cometa algum incidente de segurança.

Uma carga de estresse excessiva leva a um desgaste físico e psicológico, que oportuniza a falta de concentração e possíveis falhas de memória para o acadêmico. Tais problemas podem desencadear “[...] práticas não seguras e eventos adversos, como erros na terapêutica, quedas de pacientes, contaminação de materiais, [...]” entre outros problemas (SANTOS; RADÜNZ, 2011, p. 619). Existe uma lacuna no estudo de incidentes de risco relacionados a acadêmicos de enfermagem o que motivou o desenvolvimento dessa pesquisa.

A seguinte questão norteia o presente estudo: *quais são os incidentes de segurança ocorridos com acadêmicos de enfermagem durante o estágio e quais são as causas?*

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os incidentes de segurança com pacientes durante as atividades práticas dos acadêmicos de enfermagem no ambiente hospitalar.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar os tipos de incidentes de segurança que ocorreram com os acadêmicos de enfermagem.

Identificar as causas dos incidentes de segurança.

Comparar os eventos com medicamentos e outras práticas relacionados aos tipos de incidentes de segurança.

3 REVISÃO DA LITERATURA

A segurança do paciente tem sido uma grande preocupação mundial e ganhado destaque na última década devido ao fato de que as instituições passaram a dar maior atenção à ocorrência de erros relacionados à assistência (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 1999). Os estudos, em sua maioria, abordam erros relacionados a medicamentos (CASSIANI et al., 2014; HOEFEL et al., 2008; HOEFEL; LAUTERT, 2006), mas há outros tipos de eventos que estão sendo estudados (HOEFEL; LAUTERT, 2012; HOEFEL, 2012; BLACK, 2003) e evidenciam os riscos relacionados a procedimentos (LERNER et al., 2008).

3.1 BASES PARA ESTUDAR A SEGURANÇA DO PACIENTE: RISCOS E INCIDENTES

A Associação Brasileira de Normas Técnicas – NBR ISO 31000 (ABNT, 2009) determina princípios e diretrizes da gestão de risco e define risco como o efeito da incerteza nos objetivos. Esses objetivos podem ser financeiros, relacionados à saúde, segurança e ambiente. A ABNT (2009) coloca que o risco é muitas vezes caracterizado pela referência aos eventos potenciais e às consequências, ou uma combinação desses. O perigo é uma circunstância definida como uma situação que pode aumentar o risco ou causar o próprio incidente (OMS, 2009).

A classificação da OMS organiza 48 conceitos para a segurança do paciente, enfocando o como e porque um evento relacionado à segurança de um indivíduo ocorre (OMS, 2009).

As ocorrências envolvem três tipos de situações ou eventos que acontecem ou que envolvem alguém. Quando o que ocorre possui uma consequência, pois poderia resultar ou resultou em danos, é reconhecido como um incidente de segurança. As ocorrências podem ser: incidente com dano/evento adverso (quando causa dano ao paciente), incidente sem dano (quando chega ao paciente, mas não causa dano) ou quase falha/quase incidente (evento não chegou ao paciente e não causou nenhum dano, pois não atingiu ninguém – podendo-se dizer que é um quase acidente) (OMS, 2009).

3.2 GRAVIDADE DOS DANOS

A OMS (2009) classifica os incidentes e eventos quanto ao grau de gravidade. São semelhantes aos recomendados pelo Ministério da Saúde (2013):

Nenhum – resultado no paciente não sintomático, sem detecção ou necessidade de tratamento;

Leve – resultado no paciente e sintomático, com sintomas leves, perda de função, dano mínimo ou intermediário, sem necessidade ou mínima de intervenção (observação extra, investigação ou tratamento menor);

Moderado – resultado no paciente é sintomático, requer intervenção (tratamento ou cirurgia adicional), aumento da permanência, perda de função permanente ou dano de longa duração;

Severa – resultado no paciente é sintomático, requer intervenção para salvamento ou maior intervenção cirúrgica ou clínica, reduz expectativa de vida ou causa adicional, aumento de permanência, perda maior de função permanente ou dano maior de longa duração;

Morte – quando causada ou acelerada em pequeno período de tempo pelo incidente.

A OMS (2009) define que segurança é a redução de um risco desnecessário de dano a um mínimo aceitável. O fator contribuinte é uma circunstância, ação ou influência de um incidente ocorrer ou de aumentar o risco do mesmo; também pode ser necessário para a ocorrência do evento ou pode não ser suficiente para causar o mesmo. Fatores humanos como a comunicação, o comportamento; fatores do sistema como o ambiente e fatores externos como o controle da organização são exemplos de fatores contribuintes (OMS, 2009).

As consequências dos incidentes de segurança são a reação adversa e o efeito colateral. A reação adversa é um dano inesperado que acontece quando o procedimento foi feito de forma correta. Já o efeito colateral é um dano ou um efeito conhecido, ou seja, sabe-se que ele pode ocorrer, mas não é o desejado (OMS, 2009).

É importante salientar que reação adversa difere do evento adverso. Ambos são eventos, entretanto, a reação adversa considera algo inerente a algum agente envolvido (medicamento, por exemplo), embora inesperado. O evento adverso considera o incidente em si, o que difere da reação adversa. Dentre as definições

tem-se o agente definido como uma substância, o objeto ou o sistema que atua para produzir alterações e os danos relacionados aos cuidados sejam decorrentes ou associados a ações (OMS, 2009).

3.3 CAUSAS

A causa das ocorrências, segundo a classificação (OMS, 2009) podem ser por:

Erro – quando não foi realizado plano ou aplicação incorreta de uma rotina ou projeto, ou;

Violação ou infração – quando houve um desvio deliberado de um procedimento operacional, norma ou regra.

Os tipos de erros relacionados às circunstâncias que foram a causa dos incidentes também possuem classificação quanto à gravidade do dano que podem ocasionar, (diferem da gravidade do dano causado) e são os seguintes:

Não atingiu o doente/quase falha, dano potencial – exemplos: frasco de comprimidos prescrito e corretamente etiquetado, mas a enfermeira identifica que os comprimidos dentro do frasco não são os corretos;

Atingiu o doente/incidente, nenhum dano – exemplos: antibióticos em falta, dose dupla de analgésicos;

Dano emocional – alteração comportamental, medo, entre outros;

Mínimo temporário – dano mínimo no doente, alteração do plano de tratamento, prolongamento da internação por mais um dia. Exemplos: erro no estabelecimento ou monitorização dos níveis de heparina, que requer um aumento do número de análises laboratoriais; dose de insulina em falta, que requer ajuste da dosagem na tomada seguinte e/ou aumento das determinações de glicose;

Máximo temporário – um dano temporário que excede o mínimo temporário ou prolonga a estadia por mais de um dia. Exemplo: reação medicamentosa grave;

Mínimo permanente – um dano permanente que não compromete funções básicas da vida diária. Exemplos: a perda de um testículo ou ovário, a remoção de parte do intestino devido a comprometimento circulatório;

Máximo permanente – um dano permanente que afeta funções básicas da vida diária. Exemplos: perda de um membro; dano a órgão sensorial;

Extremo – exemplos: lesão cerebral; paralisia severa; morte.

Ou seja, uma quase falha (não atinge o doente), causada por um erro, pode ser erro com dano potencial conforme a circunstância que ocorre. Por outro lado, incidente (caracterizado por atingir o paciente) também causado por erro, além de não resultar em dano, pode não prever dano potencial.

3.4 TIPOS DE OCORRÊNCIAS

Nas definições correntes também são consideradas as possibilidades de sofrimento do paciente, o que se define como um desconforto subjetivo de qualquer origem e inclui dores, mal-estar, enjoo, depressão, medo e tristeza, entre outros. Além disso, considera que as circunstâncias podem representar um perigo por um agente ou ação com potencial para provocar danos maiores ou menores.

Como visto anteriormente, a OMS (2009) define erro como não realização ou aplicação incorreta de um plano, uma rotina, um projeto. Essa definição assemelha-se à do Comitê de Qualidade de Cuidado em Saúde da América, que já descrevia erro em saúde como uma falha de uma ação a ser completada conforme planejada (erro de execução) ou o uso de um plano equivocado para atingir um objetivo (erro de planejamento) (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 1999).

As ocorrências dos tipos de eventos adversos podem ser eventos com medicamentos, técnicas incorretas ao realizar procedimentos estéreis, técnicas assistenciais, entre outras. Em um estudo realizado, Carneiro et al. (2011) apresentaram os eventos adversos mais frequentes em hospital universitário entre os anos de 2005 a 2009; os com maior prevalência foram os que envolviam cuidados com sondas, drenos, cateteres, tubos e quedas. Os autores desse estudo também colocam que a ocorrência de eventos é um importante indicador de qualidade na assistência prestada e os eventos devem ser notificados pelos profissionais de saúde para a melhoria do serviço (CARNEIRO et al. 2011).

3.4.1 Ocorrências com medicamentos

Os estudos relacionados aos erros com medicamentos são muito mais comuns nas publicações, ou seja, têm maior facilidade de serem encontrados do que as pesquisas associadas a outros tipos de incidentes. Segundo Miasso e Cassiani (2000), os erros com medicamentos podem ocorrer em qualquer etapa do

processo, pois é multidisciplinar e há estratégias que devem ser utilizadas e divulgadas para minimizar a ocorrência dos erros.

A American Society of Hospital Pharmacists (1993) apresenta a classificação dos erros de medicamentos da seguinte forma.

Erro de prescrição: seleção incorreta da droga, dose, via, concentração, velocidade de administração, prescrição ilegível ou ordens prescritas que permitem erros que prejudiquem o paciente;

Erro de omissão: falha da administração de uma dose a um paciente antes de uma próxima, se existir;

Erro de tempo/horário: administração de um medicamento fora de um intervalo pré-definido de tempo do esquema de administração;

Erro de medicamento não autorizado: administração de medicamento não prescrito;

Erro de dosagem: administração de dosagem superior ou inferior à prescrita;

Erro no preparo do medicamento: droga formulada ou manipulada incorretamente antes da administração;

Erro de técnica de administração: procedimento inapropriado ou técnica de administração imprópria;

Erro de deterioração da droga: administração de medicamento com data de validade vencida ou cuja integridade física ou química ficou comprometida;

Erro de monitoramento: falha na revisão de um esquema prescrito para detecção de problemas ou falha no uso de dados laboratoriais ou clínicos para identificar a resposta adequada de um paciente à terapia;

Erro de adesão: comportamento inadequado do paciente no que se refere à aderência a um esquema de medicamentos prescritos;

Outros erros: qualquer outro erro que não os citados nas categorias.

As classificações apresentadas norteiam o direcionamento do estudo para que a estratificação das ocorrências estudadas vise aos tipos de processos que possam envolver a segurança do paciente.

4 MÉTODO

A metodologia utilizada é que segue.

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo quantitativo exploratório com delineamento transversal, ou seja, envolveu a coleta de dados em determinado ponto temporal (POLIT, 2011). É um estudo aninhado à “Análise de incidentes com riscos e danos durante o cuidado de enfermagem em um hospital universitário”, cujo objetivo é analisar os riscos e danos identificados pela equipe durante os cuidados de enfermagem.

4.2 CAMPO OU CONTEXTO

Esta pesquisa foi realizada nas unidades de estágio dos alunos no HCPA. Embora os alunos realizem atividades também em outros locais, além do HCPA, a pesquisa foi realizada nessas unidades respeitando o direcionamento geral do estudo realizado na instituição.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo é constituída por profissionais e acadêmicos de enfermagem ligados ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre. A amostra dessa pesquisa foi representada pelo censo dos acadêmicos de enfermagem da UFRGS do 5º, 6º e 7º semestres do curso. Selecionaram-se esses semestres devido ao fato de a maior parte das disciplinas correspondentes realizarem as atividades de estágio nas unidades de internação no HCPA. Os alunos dos semestres anteriores ao 5º não completaram um semestre de atividades práticas no hospital, ou seja, a experiência com os estágios é muito pequena, e os alunos do 8º e 9º estão realizando os estágios curriculares I, II e III, dificultando o acesso a esses estudantes, pois estão distribuídos em diferentes campos. Critérios de inclusão: ser acadêmico de enfermagem da UFRGS, pertencer a um dos semestres selecionados e ter realizado estágio em unidade de internação por pelo menos um semestre

completo. Critérios de exclusão: não estar presente no estágio, não ser encontrado no dia da aplicação do questionário, estar em licença de saúde ou negar-se a participar.

4.4 COLETA DOS DADOS

A coleta dos dados foi realizada a partir de questionários (Apêndice A) aplicados aos sujeitos da amostra. Os mesmos foram aplicados individualmente durante os estágios nas unidades do HCPA pela autora da pesquisa, que esclarecia quanto aos termos nas perguntas.

Os questionários possuem a descrição do evento; ano/semestre que ocorreu; disciplina que cursava; quem seria atingido ou sofreu o evento; a classificação do incidente segundo a natureza: técnica-assistencial, técnica com medicamento, registro e outros; a caracterização do evento: quase incidente/quase falha (QF) – não atingiu ninguém, ou, incidente – atingiu alguém; quanto ao dano: não causou dano ou se causou dano, em quem; sendo circunstância de risco se o dano é potencial ou de maior gravidade potencial; se o evento foi notificado; se o aluno teve algum descontentamento; se algum fator contribuiu para que ocorresse o evento; se houve repercussão e quais foram as medidas tomadas.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados a partir dos questionários aplicados aos alunos e foram registrados e tabulados em um banco de dados no programa Microsoft Excel 2010. Foi utilizada estatística descritiva e o teste do Qui quadrado com grau de significância de 95% (CALLEGARI-JACQUES, 2007).

A variável dependente é o número que é afetado quando muda a variável independente, ou seja, ela depende da independente. Por exemplo, variáveis dependentes: com medicamentos, com técnica asséptica; variáveis independentes: eventos com e sem dano, causas, semestre em que ocorreu o incidente. A análise dos incidentes de risco foi baseada nos critérios da OMS, assim como os critérios utilizados para determinar o grau de gravidade e a classificação dos casos, os quais também são recomendados pelo Ministério da Saúde (OMS, 2009).

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi aprovado pela Comissão de Pesquisa (COMPESQ) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. O projeto base foi aprovado pela Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, sob nº 12-0228, pelo parecer nº 1.114.265, e segue as normas da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, constando no sistema PROPESQ sob o nº 23127.

Os autores e os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B). O anonimato e quaisquer informações que identificassem os profissionais e pacientes foram preservados, respeitando os preceitos éticos. O trabalho não envolve riscos aos pacientes ou acadêmicos e prevê benefícios com a sua realização.

5 RESULTADOS

O questionário foi entregue a 101 acadêmicos de enfermagem da UFRGS. Dos 101, 70 (70%) alunos relataram que houve incidentes durante os estágios hospitalares, 17 (17%) alunos afirmaram que não ocorreu nenhum incidente, 12 (12%) alunos referem não lembrar de nenhum incidente e dois (2%) não aceitaram participar do estudo. Três (3%) alunos relataram mais de um incidente. No total foram relatados 73 (100%) incidentes, sendo 67 (92%) considerando que os pacientes estariam sob risco e seis (8%) os alunos, pois os incidentes ocorreram com os mesmos. Os seis incidentes que ocorreram com os próprios alunos foram acidentes com materiais perfurocortantes (agulhas ou ampolas de vidro). Dos seis incidentes diretamente com os alunos cinco foram considerados causadores de danos. Os incidentes relatados não eram relacionados aos pacientes. A amostra estudada foi, portanto, de 67 incidentes relacionados aos pacientes.

Dos 67 (100%) incidentes que teriam os pacientes sob risco, 23 (34%) foram relacionados a medicamentos e 44 (66%) a outras atividades assistenciais. Nas atividades assistenciais, dos 44 eventos, 23 (52%) estavam relacionados à contaminação de campo e luva estéril para sondagem vesical, material de curativo e de punção venosa, ou seja, técnicas assépticas; seis (14%) erros nos registros e 15 (34%) dos eventos com outras técnicas. Os outros casos nas atividades assistenciais foram relacionados a erros na técnica para punção venosa, dificuldade para finalizar o procedimento de sondagem vesical feminina, um recém-nascido aspirou água durante o banho, dificuldades para utilizar a bomba de infusão, dificuldade para acertar as Unidades Internacionais de insulina na seringa, dificuldade para manusear as cânulas e extensores em acesso venoso, entre outros.

Os erros relatados com medicamentos foram classificados como erros na diluição, 10 (45%) eventos; erro na dose, seis (26%) eventos; erro no preparo, três (13%) eventos; paciente errado, um (4%) evento; omissão, um (4%) evento; erro no tempo de infusão, um (4%) evento; e medicação errada, um (4%) evento.

Abaixo, na Tabela 1, está sendo apresentada a classificação dos incidentes relacionados com os tipos dos mesmos:

Tabela 1 – Tipos de incidentes de segurança relacionados a medicamentos e outras técnicas assistenciais.

	Medicamentos		Outras técnicas assistenciais	
	n	%	n	%
QF	15	22%	9	13%
Inc. s/ dano	8	12%	34	51%
Inc. c/ dano	-	-	1	2%
Total N=67	23	34%	44	66%

Fonte: NICHELE, S. Coleta direta de dados por questionário. Porto Alegre, 2015.

Utilizando o teste do Qui quadrado ($\chi^2=22.0279$), se analisados os oito (12%) casos de medicamentos e os 34 (51%) de outras técnicas, conforme chegaram aos pacientes, mas não causaram dano (Incidente sem dano), com aqueles 15 (22%) casos de medicamentos e nove (13%) de outras técnica que não chegaram aos pacientes (Quase falha), identifica-se que existe dependência entre as variáveis ($p<0,05$). Ou seja, foi significativa a identificação mais precoce, a ponto de não chegar aos pacientes os incidentes com medicamentos em relação aos demais.

Como a maior parte dos eventos com medicamentos envolvia algum tipo de problema ao preparar a medicação para administrar ao paciente o professor ou monitor que estava supervisionando identificou o erro antes, sendo, assim, uma quase falha. Em contraponto, a maior parte dos incidentes envolvendo outras técnicas assistenciais chegaram ao paciente devido ao fato de ocorrerem durante a execução das técnicas.

Um caso (1%) classificado por um aluno como incidente com dano foi de erro em punção venosa. Dos 67 casos, 66 (98%) os alunos referem que os incidentes não causaram dano ao paciente. Entretanto, foram classificados como circunstâncias potenciais de causar dano, sendo 63 (94%) considerados como risco potencial e quatro (6%) como maior dano potencial. Esses casos que os alunos consideraram como maior dano potencial foram em que o professor responsável montou a escala dos pacientes que iriam ficar sob os cuidados dos alunos e não se deu conta que colocou um paciente com germe multirresistente na mesma escala que um paciente em remissão, ou seja, que não poderia entrar em contato com

nenhum microorganismo. Os outros três casos foram relacionados a diluições de medicamentos.

As disciplinas de Enfermagem no Cuidado ao Adulto I e Fundamentos ao Cuidado Humano III (primeiro estágio hospitalar) eram as que estavam sendo cursadas quando ocorreram 61 (91%) dos incidentes. Durante a disciplina de Cuidado em Enfermagem ao Recém-Nascido, Criança e Adolescente ocorreram quatro (6%) eventos, e dois (3%) eventos na disciplina de Cuidado em Enfermagem às Mulheres e aos Recém-Nascidos.

A pergunta sobre quem seria atingido ou sofreu com o incidente gerou diferentes respostas. Nos relatos de 29 (43%) casos os alunos consideraram como os atingidos de forma diferente da descrição fornecida por eles próprios. Segundo as respostas assinaladas, em 27 (40%) casos foi o paciente que sofreu, 24 (36%) eles próprios seriam atingidos ou sofreram e em 16 (24%) casos ninguém seria atingido. Reanalizando os eventos descritos, concluiu-se que em 22 (33%) casos os pacientes poderiam ser atingidos ou sofreram o incidente e em 45 (67%) casos ninguém.

Os acadêmicos referiram ter outras pessoas envolvidas em 17 (25%) incidentes. Em 11 (16%) casos o professor estava junto, em quatro (6%) casos o técnico de enfermagem estava envolvido e, em dois (3%) casos, o enfermeiro da Unidade. Os incidentes nos quais os alunos estavam envolvidos com outros profissionais durante o procedimento foram de todos os tipos, tanto envolvendo medicamentos como envolvendo outras atividades assistenciais.

No questionário foi solicitado que os alunos assinalassem os fatores contribuintes percebidos pelos mesmos. A Tabela 2 apresenta as respostas sobre 62 fatores referidos pelos alunos nos 67 incidentes. Dos 67 incidentes, 20 (30%) não foram associados a nenhum fator contribuinte e nove (13%) assinalaram mais de um fator.

Tabela 2 – Fatores citados como contribuintes para as ocorrências conforme classificação em incidentes.

	Quase Falha		Inc. s/ dano		Inc. c/ dano	
	n	%	n	%	n	%
Equipamentos	6	10%	5	8%	-	-
Fluxo	3	4%	3	4%	-	-
Ambiente	-	-	10	16%	1	2%
Organizacional	2	3%	6	10%	-	-
Equipe	5	8%	5	8%	-	-
Paciente	1	2%	2	3%	-	-
Comunicação	5	8%	6	10%	-	-
Recursos Humanos	1	2%	1	2%	-	-
Total N=62	23	37%	38	61%	1	2%

Fonte: NICHELE, S. Coleta direta de dados por questionário, Porto Alegre, 2015.

Agrupando os fatores contribuintes das quase falhas e incidentes sem dano da Tabela 2, em aspectos relacionados à organização (equipamentos, fluxo, ambiente, organizacional) e aqueles com características que envolvem pessoas (paciente, comunicação, equipe e recursos humanos) não houve diferença estatisticamente significativa. As quase falhas foram 12 por fatores humanos e 11 por outros. Os incidentes sem dano foram 24 por fatores organizacionais e 14 por outros. Ou seja, embora os incidentes sem dano tenham sido em maior número que as quase falhas os fatores contribuintes não mostraram dependência. Para um Qui quadrado ($\chi^2=1.3772$) não houve dependência entre os fatores que contribuíram para chegar (incidente sem dano) ou não chegar (quase falha) ao paciente ($p>0,05$).

Quando questionados como se sentiam, os acadêmicos citaram 72 situações de descontentamento pelo ocorrido, sendo que quatro (6%) acadêmicos não assinalaram nenhum descontentamento e outros assinalaram mais de um. Em 53 (74%) ocasiões referiram descontentamento consigo mesmos; em 12 (17%), com o professor; em quatro (5%) ocasiões citaram o descontentamento em relação à equipe; e em três (4%), com os colegas.

Dos 67 incidentes, 40 (60%) casos não foram notificados, nove (14%) foram notificados oficialmente no sistema da instituição e 17 (26%) apenas ao professor do

estágio. Não foi informado se o professor notificou oficialmente a instituição de estágio.

Dos 67 (100%) respondentes, 54 (80%) referiram que não houve nenhuma repercussão, em nove (14%) casos não sabem se teve e em apenas quatro (6%) dos incidentes houve repercussão, como discussão do assunto.

Ao analisar sobre as possíveis causas dos incidentes chegou-se à conclusão de que todos foram causados por erros e nenhum por violação. Como foram causados por erros significa que os procedimentos não foram realizados de forma correta.

6 DISCUSSÃO

A cultura de segurança recém inicia e certamente inclui tanto quem cuida quanto quem é cuidado. Houve seis (8%) situações do total de eventos ocorridos (73 incidentes) em que o incidente ocorreu com o próprio aluno, cinco foram acidentes com perfurocortantes. Estudo feito por Martins, Franco e Zeitoune (2012) envolvendo 111 alunos do último ano do curso de enfermagem apresentou que 54% dos casos foram com agulhas e 13 (12%) sofreram acidentes com outros materiais perfurocortantes. Dois desses alunos realizaram quimioprofilaxia. Na presente pesquisa foram identificados três acidentes com agulha, sendo que dois foram com agulhas não contaminadas e o outro informou ter sido com agulha potencialmente contaminada. Outros dois acidentes ocorreram ao abrir ampolas de vidro. O aluno que sofreu acidente com agulha potencialmente contaminada foi submetido a exames no HCPA, e não necessitou realizar quimioprofilaxia.

O outro evento envolvendo os próprios alunos foi durante lavagem de sonda vesical de demora que, ao desconectar a seringa urológica, respingou sangue no aluno e nos colegas que estavam próximos. O aluno referiu que ele e os colegas que entraram em contato com o material biológico foram submetidos a testes rápidos e o paciente à sorologia. Nesse caso, também não houve a necessidade da realização de quimioprofilaxia.

Uma pesquisa qualitativa realizada por Carvalho et al. (1999) com o objetivo de conhecer as expectativas dos alunos do primeiro estágio hospitalar, foi aplicado questionários em 22 acadêmicos de enfermagem do 2º ano da Universidade Estadual de Maringá, colocou que o primeiro estágio hospitalar da graduação de Enfermagem é um momento que pode gerar tensões e ansiedades em relação aos procedimentos técnicos e relacionamento com a equipe e o paciente, pois 95% dos alunos estão se inserindo em um ambiente e em situações desconhecidas. Os acadêmicos são inexperientes, com pouca ou nenhuma convivência com a dor, sofrimento e a morte, assim, gerando ansiedade. No presente estudo, identificou-se que 91% dos casos ocorreram igualmente no primeiro estágio hospitalar, o que pode ter sido contribuído pela ansiedade e nervosismo.

Ao aplicar o questionário, era esperado que os alunos descrevessem eventos de todos os tipos. Dentre os 44 casos das técnicas assistenciais, 52% dos erros foram relacionados à técnica asséptica. Esses eventos podem ter sido mais

facilmente lembrados pelos alunos pelo fato de o professor ter chamado a atenção do aluno no momento do procedimento.

Com relação aos tipos de incidentes, há mais estudos na literatura relacionados a incidentes/eventos adversos com medicações do que outros tipos. Os incidentes envolvendo medicamentos no presente estudo tiveram como resultados um maior número de casos (45%) nas diluições das medicações. Em dois artigos publicados por Paranaguá (2014) e Silva (2011), com classificação semelhante, a omissão de doses apareceu com maior incidência de casos em 50,9% e 34,6%, respectivamente. Duarte et al. (2015) identificaram 87,6% dos incidentes no preparo das medicações. Em contraponto, um estudo realizado por Hoefel e Lautert (2006) sobre os erros nas administrações de antibióticos apresenta que 65% dos erros detectados foram referentes ao tempo de infusão do antibiótico. A diferença dos estudos pode estar relacionada ao fato de que os alunos relataram provavelmente o que mais lhes chamava atenção.

O único evento que foi referido como incidente com dano foi erro em punção venosa, e pode ocorrer diariamente com o enfermeiro, não havendo grande significado para o mesmo, pois pode não considerar a dificuldade para puncionar como incidente com dano a ponto de notificar, diferentemente para aluno, que referiu ser significativo e acredita que causou dano ao paciente.

Do total das respostas assinaladas pelos alunos referentes a quem sofreu o incidente, 29 respostas não corresponderam ao evento que foi descrito em texto livre. Embora do ponto de vista de coincidir com as definições da OMS (2009) sobre a segurança do paciente e sofrimento esses achados devem ser considerados, pois, conforme identificado por Prestes et al. (2010) e Martins e Robazzi (2010), por exemplo, o sofrimento no trabalho pode estar relacionado com presenciar o sofrimento do paciente ou a impotência perante esse aspecto.

Os alunos relataram que estavam acompanhados do professor, do monitor ou de outro profissional do campo de estágio em 17% das situações. Um estudo refere que as interações aluno/aluno, aluno/professor, aluno/equipe e aluno/funcionário fazem parte da relação interpessoal, que é o alicerce que oportuniza a aprendizagem. Também refere que o aluno se depara com técnicos de enfermagem que atuam mais diretamente com o paciente e são os que estão mais em contato com o aluno e muitas vezes não estão preparados para o trabalho em equipe. O trabalho de enfermagem é uma atividade realizada em equipe. Para que o cuidado

contínuo aos pacientes seja efetivo, deve-se ter um bom relacionamento com a equipe (CARVALHO et al., 1999). O conflito entre as atividades do trabalho e as condições para realizá-las pode trazer sofrimento ao trabalhador, por este se sentir obrigado a fazer algo desconfortável ou receio de fazer mal feito. Segundo Martins, Robazzi e Bobroff (2010), a subjetividade do trabalhador é relevante nos modelos organizacionais e a ambivalência pela obrigação de fazer e também pelo desconforto sugere a melhoria das condições de trabalho para torná-lo mais agradável. Ao analisar os questionários, um aluno relatou ter problemas de comunicação com um técnico de enfermagem, o que acarretou em um quase erro.

Com relação aos fatores contribuintes para que ocorresse o evento, dos 67 incidentes relatados, em 30% não foram identificados fatores que tivessem contribuído e apenas 13% assinalaram mais de um fator. A OMS (2009) apresenta que um incidente de segurança envolve normalmente mais de um fator contribuinte. Chama a atenção que, ao responder o questionário, a maioria não respondeu essa pergunta, provavelmente devido ao fato de os acadêmicos não refletirem sobre o evento ocorrido.

Nesta pesquisa, os acadêmicos de enfermagem relataram que 60% dos casos não foram notificados, 26% notificaram para o professor e apenas 14% foram notificados para a instituição. Embora a notificação dos incidentes nas instituições seja de grande importância, nem todos os profissionais notificam os eventos, por ter medo de gerar uma punição. No entanto, as notificações podem contribuir para o acompanhamento e controle das ocorrências e para a elaboração de medidas preventivas realmente eficazes (DUARTE et al., 2015).

Capucho, Arnas e Cassiani (2013) identificaram notificações, tanto manuscritas quanto informatizadas, que os incidentes de segurança mais notificados são os relacionados aos medicamentos (35%) e os profissionais que mais notificaram foram os enfermeiros.

Um dos impactos para o paciente é necessitar ficar mais tempo internado no hospital, utilizar medicações que anteriormente não eram necessárias e, dependendo da gravidade, precisar realizar procedimentos cirúrgicos não previsíveis pela equipe. Esses danos podem ser de vários tipos, podendo levar até ao óbito do paciente. Além desses fatores citados, as instituições também sofrem quando ocorre algum evento adverso, pois os custos vão ser bem maiores (FERREIRA et al., 2014). Os acadêmicos referiram que em apenas quatro incidentes houve

repercussão, e foram os que os alunos discutiram o caso com o professor. Esse achado mostra a lacuna existente de estudar mais a fundo esses assuntos na academia. No mínimo os alunos e professores deveriam retomar os eventos e discuti-los.

Quanto ao descontentamento com o professor ou outros envolvidos, a dificuldade de entendimento da situação pode estar relacionada a esse sentimento. Lunardi et al. (2007) expressam que o sofrimento e a mágoa têm relação com a permanente busca de melhores condições de trabalho. Nesses casos poderia ser relacionado à forma de organização do trabalho ou de supervisão. Entretanto, as informações obtidas não subsidiam uma análise mais profunda.

7 CONCLUSÃO

Os incidentes de segurança com pacientes durante as atividades práticas dos acadêmicos de enfermagem no ambiente hospitalar foram analisados e foram identificados os tipos e as causas dos incidentes de segurança ocorridos com os acadêmicos de enfermagem da UFRGS durante os estágios hospitalares. Os alunos relataram diferentes tipos de incidentes de segurança relacionados aos pacientes e a eles próprios e os incidentes foram analisados após serem registrados.

Quanto aos tipos de incidentes identificados foram relacionados com medicamentos e outras técnicas assistenciais. Em sua maior parte foram as assistenciais, sendo que principalmente relacionadas à técnica asséptica, provavelmente pela ênfase dos procedimentos nessa fase do currículo.

Os incidentes foram causados por erros, não sendo identificadas violações. Os alunos desejam acertar e a função da academia inclui seguir determinados protocolos que são cobrados pelos professores, o que provavelmente preveniu violações.

O presente estudo traz como contribuição para os conhecimentos de enfermagem a identificação dos principais incidentes de segurança apresentados pelos acadêmicos durante os estágios hospitalares. Sendo assim, poderá trazer subsídios para intervenções na tentativa de minimizar e prevenir a ocorrência desses incidentes de segurança, melhor qualificando os cursos superiores de enfermagem e oportunizando novos estudos sobre essas intervenções.

Como colaboração ao estudo identifica-se também pelas respostas sobre a pequena repercussão percebida pelos alunos, havendo a necessidade de maior ênfase na cultura de segurança no ensino. Além disso, traz a dúvida sobre como os professores identificam esses incidentes, sugerindo novas pesquisas com a população docente. Comparações sobre as percepções de alunos e professores sobre os incidentes poderão trazer à luz novas formas de ensinar e de prevenir incidentes de segurança.

REFERÊNCIAS

- AMERICAN SOCIETY OF HEALTH-SYSTEM PHARMACISTS. **ASHP guidelines on preventing medication errors in hospitals**. Am J Hosp Pharm. v. 50, n. 2, pág. 305-314, fev. 1993.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT) – NBR ISO 31000. **Gestão de riscos** – princípios e diretrizes. Rio de Janeiro, 2009. 23 p.
- BLACK, Kathy. Strategies at work: innovative programs grab a thumbs up. **Nursing Management**, [S.l.], v. 34, n. 6, p. 19-22, jun. 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Programa Nacional de Segurança do Paciente. **Diário Oficial da União**, Brasília, 10 abr. 2013. Seção 1: 80.
- CALLEGARI-JACQUES, Sidia M. **Bioestatística: princípios e aplicações**. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- CAPUCHO, Helaine Carneiro; ARNAS, Emilly Rasquini; CASSIANI, Silvia Helena De Bortoli. Segurança do paciente: comparação entre notificações voluntárias manuscritas e informatizadas sobre incidentes em saúde. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 34, n. 1, p. 164-172, mar. 2013. ISSN 1983-1447. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000100021>. Acesso em: 18 maio 2015.
- CARNEIRO, Fernanda Salerno et al. Eventos adversos na clínica cirúrgica de um hospital universitário: instrumento de avaliação da qualidade. **Rev. Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 204-211, abr./jun. 2011.
- CARVALHO, Maria Dalva de Barros et al. Expectativas dos alunos de enfermagem frente ao primeiro estágio em hospital. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 200-206, jun. 1999.
- CASATE, Juliana Cristina; CORRÊA, Adriana Katia. Vivências de alunos de enfermagem em estágio hospitalar: subsídios para refletir sobre a humanização em saúde. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 321-328, set. 2006. ISSN 0080-6234. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/257.pdf>>. Acesso em: 18 maio 2015.
- CASSIANI, Silvia Helena de Bortoli et al. Aspectos gerais e número de etapas do sistema de medicação de quatro hospitais brasileiros. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 5, p. 781-789, set./out. 2014.
- COLI, Rita de Cássia Pires; ANJOS, Marcio Fabri dos; PEREIRA, Luciane Lucio. Postura dos enfermeiros de uma unidade de terapia intensiva frente ao erro: uma abordagem à luz dos referenciais bioéticos. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 3, p. 324-330, jun. 2010.

- DUARTE, Sabrina da Costa Machado et al. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. **Rev. Bras. Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 68, n. 1, p. 144-154, jan./fev. 2015.
- FERREIRA, Rosilene Alves et al. Segurança do paciente e os eventos adversos: erro profissional ou do sistema? **Rev. Rede de Cuidados em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, p. 1-15, 2014.
- HOEFEL, Heloísa Helena Karnas et al. Vancomycin administration: mistakes by nursing staff. **Nursing Standard**, [S.l.], v. 22, n. 39, p. 35-42, jun. 2008.
- HOEFEL, Heloísa Helena Karnas. **Riscos ocupacionais para a equipe de enfermagem que trabalha em hemodiálise**. 2012. 155 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.
- HOEFEL, Heloísa Helena Karnas; LAUTERT, Liana. Errors committed by nursing technicians and assistants in administering antibiotics. **American Journal of Infection Control**, [S.l.], v. 34, n. 7, p. 437-442, sep. 2006.
- HOEFEL, Heloísa Helena Karnas; LAUTERT, Liana; FORTES, Caroline. Riscos ocupacionais no processamento de sistemas de hemodiálise. **Rev. Eletrônica de Enfermagem**, [S.l.], v. 14, n. 2, p. 286-295, abr./jun. 2012.
- HOEFEL, Heloísa Helena Karnas; MAGALHÃES, Ana Maria Muller; FALK, Maria Lúcia. Análise das advertências geradas pelas chefias de enfermagem. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 30, n. 3, p. 383-389, set. 2009.
- KOHN, L.T.; CORRIGAN, J.M.; DONALDSON, M.S. (Ed.). **To err is human: building a safer health system**. committee on quality in America. Washington (DC): National Academy Press, 1999.
- LERNER, Renata Bandeira de Melo Escovedo et al. Erros medicamentosos em unidade de terapia intensiva neonatal. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 84, n. 2, p. 166-170, mar./abr. 2008.
- LORENZINI, Elisiane; SANTI, Juliana Annita Ribeiro; BÃO, Ana Cristina Pretto. Segurança do paciente: análise dos incidentes notificados em um hospital do sul do Brasil. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 35, n. 2, jun. 2014. ISSN 1983-1447. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472014000200121&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 17 maio 2015.
- LUNARDI, Valéria Lerch et al. A ética na enfermagem e sua relação com poder e organização do trabalho. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 3, jun. 2007. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/rlae>>. Acesso em: 27 nov. 2015.
- MARTINS, Júlia Trevisan; ROBAZZI, Maria Lucia do Carmo Cruz e BOBROFF, Maria Cristina Cescatto. Prazer e sofrimento no trabalho da equipe de enfermagem: reflexão à luz da psicodinâmica dejouriana. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 44, n.

4, p.1107-1111, 2010. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp>>. Acesso em: 11 nov. 2015.

MARTINS, Mariana Rodrigues; FRANCO, Lorrana Alves e ZEITOUNE, Regina Célia Gollner. Riscos ocupacionais e medidas de segurança no contexto de prática de estudantes de graduação em enfermagem: uma questão de saúde do trabalhador. **Rev. de pesquisa: cuidado é fundamental**. Online, Rio de Janeiro, p. 61-64, jan./mar. 2012. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1721>>. Acesso em: 11 nov. 2015.

MIASSO, Adriana Inocenti; CASSINI, Silvia Helena De Bortoli. Erros na administração de medicamentos: divulgação de conhecimentos e identificação do paciente como aspectos relevantes. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 16-25, mar. 2000.

NOVARETTI, Maria C. Z. et al. Sobrecarga de trabalho da enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. **Rev. Bras. Enfermagem**, São Paulo, v. 67, n. 5, p. 692-696, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Estrutura conceitual da classificação internacional sobre segurança do doente**. Lisboa: OMS; 2009. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70882/4/WHO_IER_PSP_2010.2_por.pdf?ua=1>. Acesso em: 03 jun. 2014.

PARANAGUÁ, Thatianny Tanferri de Brito et al. Prevalência de incidentes sem dano e eventos adversos em uma clínica cirúrgica. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 256-262, 2013. ISSN 1982-0194. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000300009>. Acesso em: 18 maio 2015.

PARANAGUÁ, Thatianny Tanferri de Brito et al. Prevalência e fatores associados aos incidentes relacionados à medicação em pacientes cirúrgicos. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 41-48, 2014.

POLIT, Denise F. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PRESTES, F.C. et al. Prazer-sofrimento dos trabalhadores de enfermagem de um serviço de hemodiálise. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 4, p. 738-745, dez. 2010.

SANTOS, Viviane Euzébia Pereira; RADÜNZ, Vera. O estresse de acadêmicas de enfermagem e a segurança do paciente. **Rev. Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 616-620, 2011.

SILVA, Ana Elisa Bauer de Camargo et al. Eventos adversos a medicamentos em um hospital sentinela do Estado de Goiás, Brasil. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, Goiânia, v. 19, n. 2, 09 telas, mar./abr. 2011.

Apêndice A – Questionário de Avaliação de Incidentes de Segurança

<p>1. Ocorreu evento: () Sim () Não () Não lembra</p> <p>2. Ano/Semestre do evento: _____</p> <p>3. Local (Serviço/Unidade): _____</p> <p>4. Disciplina na qual ocorreu o incidente: _____</p> <p>5. Quem seria atingido ou sofreu: () Paciente () Aluno () Ninguém () Outro: _____</p>
<p>6. Descrição: ocorrência detalhada (use o verso, se necessário):</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>7. Pessoa envolvida: () Aluno () Enfermeiro () Téc. de Enfermagem () Outro</p>
<p>8. Natureza: () Técnica assistencial () Técnica com medicamento () Registro () Outra</p>
<p>9. Caracterize () QUASE INCIDENTE – não atingiu ninguém () INCIDENTE</p> <p>10. Houve dano: () Não causou dano () Causou dano () Causou dano com morte () Não sei</p> <p>11. Em quem? _____</p>
<p>12. Circunstância de risco: () Potencial () Maior gravidade potencial</p>
<p>13. Notificação () Não () Sim ()</p> <p>14. Para quem? _____</p> <p>15. Sentiu descontentamento com: () Equipe () Colegas () Consigo () Professor () Outro: _____</p>
<p>16. Fatores contribuintes para que ocorresse em relação:</p> <p>() Paciente</p> <p>() Equipe</p> <p>() Recursos humanos</p> <p>() Comunicação</p> <p>() Equipamentos</p> <p>() Ambiente</p> <p>() Organizacional</p> <p>() Fluxo</p>
<p>17. Houve repercussão? () Não () Sim () Não sei</p>
<p>18. Medidas tomadas:</p>

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa ANÁLISE DE INCIDENTES COM RISCOS E DANOS DURANTE O CUIDADO DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, coordenado pela Professora Heloisa Helena Karnas Hoefel e realizado pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

O objetivo desse estudo é analisar os incidentes de segurança identificados pelos alunos de enfermagem durante as atividades práticas junto aos pacientes. Não está previsto benefício direto para sua participação, podendo existir possíveis desconfortos relacionados a situações vividas durante o estágio relacionado à segurança no cuidado. O estudo poderá trazer colaboração no aumento de conhecimento na área e posteriores estudos de medidas que visem minimizar os riscos identificados.

A resposta ao questionário durará aproximadamente 15 minutos. A sua participação é totalmente voluntária, não está previsto nenhum tipo de pagamento por sua participação e o participante não terá nenhum custo com respeito à sua participação. A não participação ou desistência após ingressar no estudo não lhe acarretará prejuízo de espécie alguma, podendo a qualquer momento da pesquisa desistir sem prejuízo à sua avaliação curricular ou vínculo com a instituição.

Garantimos que a sua identidade não será revelada e que os resultados serão divulgados em conjunto. Dúvidas podem ser esclarecidas antes e durante o curso da pesquisa, com a Pesquisadora responsável, Profa. Heloisa Helena Karnas Hoefel, ou com a Pesquisadora Suelen Nichele, ambas através do telefone 33598597. O Comitê de Ética e Pesquisa também poderá ser contatado para esclarecimentos no 2º andar do HCPA, sala 2227, telefone 33597640, das 8 às 17 horas, de segunda a sexta-feira. O presente documento foi elaborado em duas vias, sendo uma delas entregue ao participante e outra mantida pelos pesquisadores.

Nome do participante: _____ Assinatura: _____

Nome do pesquisador: _____ Assinatura: _____

Local e data: _____, ____/____/_____