

# SABERES E PRÁTICAS EM PROMOÇÃO DA SAÚDE

# 2

VOLUME

**ORGANIZADORES**

DR AVELAR ALVES DA SILVA  
LENNARA PEREIRA MOTA  
PAULO SÉRGIO DA PAZ SILVA FILHO



# SABERES E PRÁTICAS EM PROMOÇÃO DA SAÚDE

# 2

VOLUME

**ORGANIZADORES**

DR AVELAR ALVES DA SILVA  
LENNARA PEREIRA MOTA  
PAULO SÉRGIO DA PAZ SILVA FILHO





O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial do SCISAUDE. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.



LICENÇA CREATIVE COMMONS

A editora detém os direitos autorais pela edição e projeto gráfico. Os autores detêm os direitos autorais dos seus respectivos textos. SABERES E PRÁTICAS EM PROMOÇÃO DA SAÚDE 2 de SCISAUDE está licenciado com uma Licença Creative Commons - Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional. (CC BY-NC-ND 4.0). Baseado no trabalho disponível em <https://www.scisaude.com.br/catalogo/atualizacoes-em-promocao-da-saude/41>

2024 by SCISAUDE  
Copyright © SCISAUDE  
Copyright do texto © 2024 Os autores  
Copyright da edição © 2024 SCISAUDE  
Direitos para esta edição cedidos ao SCISAUDE pelos autores.  
Open access publication by SCISAUDE





# SABERES E PRÁTICAS EM PROMOÇÃO DA SAÚDE 2

## ORGANIZADORES

**Dr. Avelar Alves da Silva**

<http://lattes.cnpq.br/8204485246366026>

<https://orcid.org/0000-0002-4588-0334>

**Me. Paulo Sérgio da Paz Silva Filho**

<http://lattes.cnpq.br/5039801666901284>

<https://orcid.org/0000-0003-4104-6550>

**Esp. Lennara Pereira Mota**

<http://lattes.cnpq.br/3620937158064990>

<https://orcid.org/0000-0002-2629-6634>

### **Editor chefe**

Paulo Sérgio da Paz Silva Filho

### **Projeto gráfico**

Lennara Pereira Mota

### **Diagramação:**

Paulo Sérgio da Paz Silva Filho

Lennara Pereira Mota

### **Revisão:**

Os Autores



## **Conselho Editorial**

Alanderson Carlos Vieira Mata  
Alexsander Frederick Viana Do Lago  
Ana Graziela Soares Rêgo  
Ana Paula Rezendes de Oliveira  
Brenda Barroso Pelegrini  
Anita de Souza Silva  
Antonio Alves de Fontes Junior  
Cirliane de Araújo Morais  
Dayane Dayse de Melo Costa  
Debora Ellen Sousa Costa  
Fabiane dos Santos Ferreira  
Isabella Montalvão Borges de Lima  
João Matheus Pereira Falcão Nunes  
Duanne Edvirge Gondin Pereira  
Fabricia Gonçalves Amaral Pontes  
Francisco Rafael de Carvalho  
Maxsuel Oliveira de Souza  
Francisco Ronner Andrade da Silva  
Mikaele Monik Rodrigues Inácio da Silva  
Micaela de Sousa Menezes  
Pollyana cordeiro Barros  
Sara Janai Corado Lopes  
Salatiel da Conceição Luz Carneiro  
Suellen Aparecida Patricio Pereira  
Thiago Costa Florentino  
Sara Janai Corado Lopes  
Tamires Almeida Bezerra

Iara Nadine Viera da Paz Silva  
Ana Florise Morais Oliveira  
Iran Alves da Silva  
Antonio Evanildo Bandeira de Oliveira  
Danielle Pereira de Lima  
Leonardo Pereira da Silva  
Leandra Caline dos Santos  
Lennara Pereira Mota  
Lucas Pereira Lima Da Cruz  
Elayne da Silva de Oliveira  
Iran Alves da Silva  
Júlia Isabel Silva Nonato  
Lauro Nascimento de Souza  
Marcos Garcia Costa Morais  
Maria Vitalina Alves de Sousa  
Marques Leonel Rodrigues da Silva  
Maria Rafaela Oliveira Bezerra da Silva  
Maryane Karolyne Buarque Vasconcelos  
Ruana Danieli da Silva Campos  
Paulo Sérgio da Paz Silva Filho  
Raissa Escandiusi Avramidis  
Rômulo Evandro Brito de Leão  
Sannya Paes Landim Brito Alves  
Suelen Neris Almeida Viana  
Waydja Lânia Virgínia de Araújo Marinho  
Sarah Carvalho Félix  
Wanderlei Barbosa dos Santos



**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**  
**(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Saberes e práticas em promoção da saúde [livro eletrônico] : volume 2 / organizadores Avelar Alves da Silva, Lennara Pereira Mota, Paulo Sérgio da Paz Silva Filho. -- Teresina, PI : SCISAUDE, 2024.  
PDF

Vários autores.  
Bibliografia.  
ISBN 978-65-85376-28-0

1. Artigos - Coletâneas 2. Saúde pública  
3. Sistema Único de Saúde (Brasil) 4. Políticas públicas 5. Promoção da saúde I. Silva, Avelar Alves da. II. Mota, Lennara Pereira. III. Silva Filho, Paulo Sérgio da Paz.

24-203511

CDD-613

**Índices para catálogo sistemático:**

1. Promoção da saúde 613

Tábata Alves da Silva - Bibliotecária - CRB-8/9253



10.56161/sci.ed.20240415



978-65-85376-28-0



SCISAUDE  
Teresina – PI – Brasil  
[scienceesaude@hotmail.com](mailto:scienceesaude@hotmail.com)  
[www.scisaude.com.br](http://www.scisaude.com.br)



# APRESENTAÇÃO

A promoção da saúde é de fato um conjunto abrangente de políticas, planos e programas de saúde pública, com o objetivo de não apenas prevenir doenças, mas também promover o bem-estar e melhorar a qualidade de vida das pessoas. Enquanto a prevenção de doenças se concentra principalmente em evitar que as pessoas se exponham a situações que podem causar doenças, a promoção da saúde vai além, buscando criar ambientes e condições que apoiem escolhas saudáveis e estilos de vida positivos.

O Documento para Discussão da Política Nacional de Promoção da Saúde do Ministério da Saúde destaca que promover saúde envolve educar para a autonomia, em linha com os princípios de Paulo Freire. Isso significa ir além da mera transmissão de informações, tocando nas diferentes dimensões humanas e considerando aspectos como afetividade, amorosidade, capacidade criativa e busca pela felicidade como igualmente importantes e inseparáveis umas das outras.

O e-book "Saberes e Práticas em Promoção da Saúde 2" é uma obra que se fundamenta na ciência da saúde e tem como objetivo apresentar estudos de diversos eixos da promoção da saúde. Através dessa obra, busca-se atualizar a temática da promoção da saúde, destacando a importância de equipes multidisciplinares e o uso de novas ferramentas para o desenvolvimento de uma atenção à saúde individual e coletiva de forma transversal, multiprofissional e holística.

Ao abordar diferentes aspectos da promoção da saúde, o e-book oferece uma visão abrangente e atualizada sobre o campo, incorporando conhecimentos científicos e práticas inovadoras. Além disso, enfatiza a necessidade de uma abordagem interdisciplinar, que reconhece a complexidade das questões de saúde e busca integrar diferentes perspectivas e habilidades para promover o bem-estar das pessoas e das comunidades de forma abrangente e integrada.

Dessa forma, o e-book "Saberes e Práticas em Promoção da Saúde 2" se destaca como uma importante contribuição para o avanço do conhecimento e das práticas no campo da promoção da saúde, oferecendo insights valiosos para profissionais da saúde, pesquisadores e estudantes interessados nessa área.

**Boa Leitura!!!**



# SUMÁRIO

<b>CAPÍTULO 1.....</b>	<b>10</b>
<b>A IMPORTÂNCIA DA ATUAÇÃO DO CIRURGIÃO PLÁSTICO NO TRAUMA CRANIOFACIAL .....</b>	<b>10</b>
10.56161/sci.ed.20240415c1 .....	10
<b>CAPÍTULO 2.....</b>	<b>22</b>
<b>A UTILIZAÇÃO DE ALOENXERTOS EM CIRURGIAS PLÁSTICAS RECONSTRUTIVAS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA. ....</b>	<b>22</b>
10.56161/sci.ed.20240415c2 .....	22
<b>CAPÍTULO 3.....</b>	<b>32</b>
<b>IMPACTO DA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES EM PACIENTES SUBMETIDOS À ANGIOPLASTIA CORONÁRIA.....</b>	<b>32</b>
10.56161/sci.ed.20240415c3 .....	32
<b>CAPÍTULO 4.....</b>	<b>46</b>
<b>LIPOENXERTIA NA CIRURGIA PLÁSTICA: CONCEITO, FUNÇÕES, COMPLICAÇÕES E IMPACTOS NA QUALIDADE DE VIDA.....</b>	<b>46</b>
10.56161/sci.ed.20240415c4 .....	46
<b>CAPÍTULO 5.....</b>	<b>59</b>
<b>MANEJO DE CÉLULAS TRONCO NA REGENERAÇÃO DE FERIDAS EM CIRURGIA PLÁSTICA RECONSTRUTIVA.....</b>	<b>59</b>
10.56161/sci.ed.20240415c5 .....	59
<b>CAPÍTULO 6.....</b>	<b>71</b>
<b>O PAPEL DA CIRURGIA PLÁSTICA NA RECONSTRUÇÃO ESTÉTICA PÓS QUEIMADURAS: UMA REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>71</b>
10.56161/sci.ed.20240415c6 .....	71
<b>CAPÍTULO 7.....</b>	<b>80</b>
<b>O PAPEL VITAL DA ENFERMAGEM NA PRESTAÇÃO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE .....</b>	<b>80</b>
10.56161/sci.ed.20240415c7 .....	80
<b>CAPÍTULO 8.....</b>	<b>87</b>
<b>PREVENÇÃO E MANEJO DA OSTEOPOROSE NA PÓS MENOPAUSA .....</b>	<b>87</b>
10.56161/sci.ed.20240415c8 .....	87
<b>CAPÍTULO 9.....</b>	<b>96</b>
<b>TOXICIDADE E USO DAS DROGAS K NA ÚLTIMA DÉCADA: UMA ABORDAGEM INTEGRATIVA .....</b>	<b>96</b>
10.56161/sci.ed.20240415c9 .....	96





<b>CAPÍTULO 10.....</b>	<b>110</b>
<b>FISIOTERAPIA NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA .....</b>	<b>110</b>
10.56161/sci.ed.20240415c10 .....	110
<b>CAPÍTULO 11.....</b>	<b>120</b>
<b>ESTRATÉGIAS DE HUMANIZAÇÃO NO CONTEXTO DO LABORATÓRIO CLÍNICO: UMA REVISÃO NARRATIVA.....</b>	<b>120</b>
10.56161/sci.ed.20240415c11 .....	120
<b>CAPÍTULO 12.....</b>	<b>137</b>
<b>ANÁLISE COMPARATIVA DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE.....</b>	<b>137</b>
10.56161/sci.ed.20240415c12 .....	137
<b>CAPÍTULO 13.....</b>	<b>147</b>
<b>O PAPEL DO CUIDADOR NO PROCESSO DE IMUNIZAÇÃO INFANTIL.....</b>	<b>147</b>
10.56161/sci.ed.20240415c13 .....	147
<b>CAPÍTULO 14.....</b>	<b>158</b>
<b>ANÁLISE DAS NOTIFICAÇÕES DE EVENTOS ADVERSOS PARA APRIMORAMENTO DA GESTÃO DE RISCO HOSPITALAR .....</b>	<b>158</b>
10.56161/sci.ed.20240415c14 .....	158
<b>CAPÍTULO 15.....</b>	<b>170</b>
<b>FATORES RELACIONADOS À INFECÇÃO DE TRATO URINÁRIO NA GESTAÇÃO .....</b>	<b>170</b>
10.56161/sci.ed.20240415c15 .....	170



# CAPÍTULO 14

## ANÁLISE DAS NOTIFICAÇÕES DE EVENTOS ADVERSOS PARA APRIMORAMENTO DA GESTÃO DE RISCO HOSPITALAR

ANALYSIS OF ADVERSE EVENT NOTIFICATIONS TO IMPROVE  
HOSPITAL RISK MANAGEMENT

 **10.56161/sci.ed.20240415c14**

**Priscilla Stephanny Carvalho Matias Nascimento**

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco campus Pesqueira  
Orcid ID do autor (<https://orcid.org/0000-0001-9863-4105>)

**Ana Carla Silva Alexandre**

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco *campus* Pesqueira  
Orcid ID do autor (<https://orcid.org/0000-0002-5754-1778>)

**Thallyta Juliana Pereira da Silva**

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco *campus* Pesqueira  
Orcid ID do autor (<https://orcid.org/0000-0001-5954-9418>)

**Maria do Socorro Torres Galindo dos Santos**

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco *campus* Pesqueira  
Orcid ID do autor (<https://orcid.org/0000-0002-7893-0406>)

**Emanuely Lopes Silva**

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco *campus* Pesqueira  
Orcid ID do autor (<https://orcid.org/0009-0003-2604-2911>)

**Everton Cordeiro de Amorim**

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco *campus* Pesqueira  
Orcid ID do autor (<https://orcid.org/0000-0001-6801-1847>)

**Luana Eugênia de Andrade Siqueira Parente**

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco *campus* Pesqueira  
Orcid ID do autor (<https://orcid.org/0000-0002-8137-3575>)

**Maria Eduarda Cavalcanti Vieira**

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco *campus* Pesqueira  
Orcid ID do autor (<https://orcid.org/0000-0001-8881-3740>)



**Alícea Lorrany Félix Da Silva**

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco campus Pesqueira

Orcid ID do autor (<https://orcid.org/0000-0001-5273-6210>)

**Tyago Acácio Ferreira de Andrade Feitosa**

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco *campus* Pesqueira

Orcid ID do autor (<https://orcid.org/0000-0002-9537-9177>)

## RESUMO

**Objetivo:** implementar instrumento de notificação de evento adversos como parte do processo de implantação das medidas de segurança do paciente; sensibilizar os profissionais à notificação para o desenvolvimento da gestão de risco e identificar os Eventos Adversos mais comuns notificados na instituição. **Metodologia:** estudo transversal do tipo pesquisa ação com profissionais de saúde de um hospital de referência no Sertão de Pernambuco, na cidade de Arcoverde, entre outubro de 2019 a junho 2020. Foram analisadas as fichas de Eventos Adversos notificados por profissionais de saúde da unidade hospitalar, após as medidas de implementação e sensibilização. Os dados foram analisados estatisticamente no *Statistical Package for Social Sciences* versão 20.0, por teste *Qui-quadrado de Pearson* que verifica associação entre variáveis, considerado como intervalo de confiança 95%, além de medidas descritivas. **Resultados:** seis (75%) das notificações ocorreram na Unidade de Terapia Intensiva, Lesão por pressão e quedas ambas representaram 25% dos incidentes. Apesar de 100% das lesões por pressão notificadas ocorrerem na Unidade de Terapia Intensiva, não houve associação significativa entre o tipo de evento e o setor de notificação. Apenas um (12,5%) foi identificado como evento sentinela. Não ocorreu associação significativa entre setor e evento sentinela ( $p = 0,827$ ). **Conclusão:** a implementação de instrumentos como esse podem contribuir para melhoria e fortalecimento da cultura de segurança do paciente, além de auxiliarem a gestão em futuras condutas na assistência à saúde com qualidade.

**PALAVRAS-CHAVE:** Educação continuada; Eventos adversos; Medidas de segurança; Segurança do paciente

## ABSTRACT

**Objective:** implement an adverse event reporting instrument as part of the process of implementing patient safety measures; raise awareness among professionals about notification for the development of risk management and identify the most common Adverse Events reported in the institution. **Methodology:** cross-sectional action research study with healthcare professionals from a reference hospital in the Sertão de Pernambuco, in the city of Arcoverde, between October 2019 and June 2020. Adverse Event records reported by healthcare professionals from the hospital unit were analyzed, after implementation and awareness measures. The data were statistically analyzed using the Statistical Package for Social Sciences version 20.0, using Pearson's Chi-square test that verifies associations between variables, considered as a 95% confidence interval, in addition to descriptive measures. **Results:** six (75%) of the reports occurred in the Intensive Care Unit. Pressure injuries and falls both represented 25% of the incidents. Although 100% of reported pressure injuries occur in the Intensive Care Unit, there was no significant association between the type of event and the reporting sector. Only one



(12.5%) was identified as a sentinel event. There was no significant association between sector and sentinel event ( $p = 0.827$ ). **Conclusion:** the implementation of instruments like this can contribute to improving and strengthening the patient safety culture, in addition to helping management in future conduct in quality health care.

**KEYWORDS:** Continuing education; Adverse events; Security measures; Patient safety

## 1. INTRODUÇÃO

Os Eventos Adversos (EA) são qualquer falha intencional ou não que resultem em prejuízo, seja psíquico, físico ou emocional, ao usuário de forma temporária ou permanente, e prolongue o tempo de permanência do mesmo ou resulte em morte como consequência de um cuidado de saúde prestado (Xelegati *et al.*, 2019). A existência de EA é um indicativo que o sistema apresenta fragilidades, e estes resultam em implicações negativas que abrangem desde o paciente, os profissionais envolvidos e até a sociedade (Magalhães *et al.*, 2019).

No intuito de minimizar e evitar EAs, constantemente são divulgadas ações de promoção sobre a segurança do paciente para a melhoria na qualidade dos serviços de saúde. Porém, mesmo com os progressos no que se refere aos desafios globais sobre o tema, a assistência de qualidade ofertada pelas instituições de saúde ainda apresenta um baixo grau de confiança, persistindo a ocorrência de EA provenientes de erros estruturais e processuais do trabalho (Batista *et al.*, 2019).

Várias estratégias são utilizadas para a melhoria na segurança do cuidado ofertado, entre essas estão a análise de riscos, a implementação de normas que auxiliem na prática da assistência, a comunicação eficaz entre os envolvidos, profissionais e usuários do serviço de saúde, e a adesão pelas unidades de saúde de uma cultura de segurança do paciente. Com isso, a segurança do paciente deve ser vista como responsabilidade de todos que compõem a equipe multiprofissional (Magalhães *et al.*, 2019).

Criada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2004, a *World Alliance for Patient Safety*, deu visibilidade a forma segura de promoção da assistência à saúde tendo em vistas à prevenção de incidentes. Propôs ações globais, na qual incentiva a implementação e uso de checklist, ou lista de checagem, que tem por finalidade nortear operacionalmente a assistência segura, prevenindo assim, que ocorra algum erro que ao chegar ao usuário é denominado como EA (Amaya *et al.*, 2017).

No Brasil erros na administração dos medicamentos, quedas, falha na identificação do paciente, erros em procedimentos cirúrgicos, o uso inadequado de





equipamentos e as infecções são as causas mais comuns de eventos adversos (Furini; Nunes; Dallora, 2019).

Uma avaliação feita em sete hospitais no Brasil observou que todos possuíam sistema de notificação de eventos adversos, cinco dispunham de Comissão de Gerenciamento de Riscos e seis realizavam discussões dos eventos, havendo unanimidade para ações de melhoria à segurança do paciente. Entretanto, os medos dos profissionais por punição decorrente das suas falhas e a subnotificação dos eventos ainda eram notáveis no ambiente de trabalho, mostrando que ainda é de extrema importância avançar no fortalecimento da cultura de segurança (Amaral *et al.*, 2019).

O entendimento de como ocorrem as falhas na assistência auxilia na identificação de onde devem ser melhorados os processos organizacionais a fim de fortalecer a cultura de segurança, especialmente, quando se diz respeito a falta de notificação de eventos adversos pelo sentimento de culpa, estresse emocional e medo de punições frente as normas éticas a que estão sujeitos, bem como na diminuição de riscos e ocorrências de eventos adversos nas práticas assistenciais (Amaral *et al.*, 2019)

Desse modo, o objetivo do estudo consistiu-se em implementar um instrumento de notificação de evento adversos como parte do processo de implantação das medidas de segurança do paciente; sensibilizar os profissionais à notificação para o desenvolvimento da gestão de risco e identificar os EA mais comuns notificados na instituição.

## 2. MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo transversal do tipo pesquisa ação, que contou com profissionais de saúde de um hospital de referência no interior de Pernambuco, na cidade de Arcoverde. O serviço de saúde possui papel de extrema importância no sertão pernambucano, atende a 13 municípios da VI Gerência Regional de Saúde, além de outros municípios circunvizinhos. A unidade é caracterizada como de média complexidade, com 120 leitos distribuídos entre diversas especialidades da área da saúde. O período de estudo ocorreu entre os meses de outubro de 2019 a junho 2020.

Este trabalho fez parte da Implantação e implementação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) com participação dos coordenadores do setor. Inicialmente houve a sensibilização da equipe hospitalar do NSP bem como dos profissionais sobre conceitos, características e a importância da notificação dos eventos para a manutenção da assistência com qualidade na saúde.



A sensibilização se deu através de roda de conversa com os profissionais responsáveis por cada setor da unidade de saúde, elencando cada item da ficha, em seguida trabalhou-se com tempestade de ideias, analisando os pontos mais relevantes expostos pelos profissionais, finalizando assim a ficha de notificações.

A Implantação da Ficha de Notificações Adversas, foi adaptada de acordo com as necessidades do hospital, conforme as determinações do Sistema de Notificações de Vigilância Sanitária (NOTIVISA). O estudo contou com uma amostra de 8 fichas de notificações. As variáveis consideradas foram: setor, incidentes, eventos sentinelas, ação imediatas, sugestões, possíveis causas, grau do evento e análise do evento. A coleta de dados ocorreu mediante as notificações apresentadas pelos profissionais dos setores do hospital ao se deparar com um evento adverso durante o período de coleta.

Os dados foram armazenados no pacote de dados *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 20.0 que também serviu como ferramenta de análise. Utilizou-se o teste Qui-quadrado para verificar associação entre as variáveis e considerou-se o intervalo de confiança de 95%. O estudo respeitou as diretrizes éticas definidas na Resolução 466/12 e foi aprovado pelo Comitê de ética em Pesquisa da Autarquia Educacional de Belo Jardim- PE, sob parecer favorável de nº 3.240.609.

### 3. RESULTADOS

Foram analisadas as fichas de eventos adversos notificados por profissionais de saúde da unidade hospitalar, após as medidas de implementação e sensibilização. Quanto ao setor, seis (75%) das notificações ocorreram na UTI; Lesão por Pressão representou dois (25%) dos incidentes, sete (87,5%) não caracterizou nenhum evento sentinela; a conduta inicial foi a limpeza ou lavagem com dois (25%) e contato médico com dois (25%) respectivamente.

Os incidentes identificados por “outros” são sangramento devido a contenção, evasão do paciente, complicações por falta de higiene e acidentes com perfuro cortante. Ainda se observa quanto as características dos eventos em quatro (50%) das fichas, os profissionais não registraram nenhuma sugestão; sete (87,5%) não registraram nenhuma causa; dois (25%) referiram o dano ao profissional de saúde como grau do evento e apenas um (12,5%) identificou o evento como um incidente conforme apresentado na Tabela 01.

**Tabela 1** – Caracterização demográfica das notificações de eventos adversos por profissionais de saúde. Arcoverde-PE, Brasil, 2020



Variável	N (%)
<b>Setor</b>	
UTI*	6 (75)
Emergência	1 (12,5)
Pediatria	1 (12,5)
<b>Incidentes</b>	
LPP**	2 (25)
Quedas	2 (25)
Outros	4 (50)
<b>Evento sentinela</b>	
Administração de medicamentos	1 (12,5)
Nenhum	7 (87,5)
<b>Ação imediata</b>	
Limpeza/ lavagem	2 (25)
Contato médico para conduta	2 (25)
Outros	4 (50)
<b>Sugestão</b>	
Nenhuma	4 (50)
Outros	4 (50)
<b>Possíveis causas</b>	
Falta de conhecimento	1 (12,5)
Nenhuma	7 (87,5)
<b>Grau do evento</b>	
Dano ao profissional de saúde	2 (25)
Nenhum	6 (75)
<b>Análise do evento</b>	
Incidente	1 (12,5)
Nenhum	7 (87,5)

Legenda: \*UTI – Unidade de Terapia Intensiva; \*\* LPP- Lesão por Pressão

A Tabela 02 apresenta a associação entre o setor hospitalar em que se deu a notificação e as características dos eventos. Quanto ao incidente observa-se que apesar de 2 (100%) das LPP notificadas ocorrerem na UTI, não houve associação significativa entre o tipo de evento e o setor de notificação ( $p=0,363$ ).

A ocorrência de eventos sentinelas foram identificadas apenas na UTI 1 (100%), mesmo assim a tabela mostra que não ocorreu associação significativa entre o setor e o evento sentinela ( $p = 0,827$ ). As ações imediatas de limpeza e lavagem foram identificadas também somente na UTI com uma taxa de 2 (100%), apesar disso ação



imediate e setor não apresentam associação significativa ( $p = 0,363$ ). Os dados mostram uma associação significativa entre o setor e as possíveis causas de eventos adversos ( $p = 0,018$ ), foi observado que a UTI não notificou nenhuma possível causa como falta de conhecimento pelos profissionais, revelando que nesse setor encontram-se os profissionais mais preparados.

**Tabela 2** – Associação entre notificação de eventos adversos conforme ocorrência de setores hospitalares. Arcoverde – PE, Brasil, 2020

	UTI n (%)	Emergência n (%)	Pediatria n (%)	Total (%)
<b>Incidentes</b>				
LPP	2 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (100%)
Queda	1 (50%)	1 (50%)	0 (0%)	2 (100%)
Outros	3 (75%)	0 (0%)	1 (25%)	4 (100%)
p-valor*	0,363			
<b>Evento sentinela</b>				
Administração de medicamentos	1 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (100%)
Nenhum	5 (70%)	1 (15%)	1 (15%)	7 (100%)
p-valor	0,827			
<b>Ação imediata</b>				
Limpeza/lavagem	2 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (100%)
Contato médico para condutas	1 (50%)	1 (50%)	0 (0%)	2 (100%)
Outros	3 (75%)	0 (0%)	1 (25%)	4 (100%)
p-valor	0,363			
<b>Possíveis causas</b>				
Falta de conhecimento	0 (0%)	1 (100%)	0 (0%)	1 (100%)
Nenhuma	6 (85%)	0 (0%)	1 (15%)	7 (100%)
p-valor	0,018			

Legenda: \*p-valor= Significância (0,05)

#### 4. DISCUSSÃO

As unidades de saúde demonstraram nos últimos anos um grande interesse no atendimento de qualidade, visto que traz benefícios tanto para o cliente como para a instituição. Com isso a segurança do paciente vem se destacando com a implementação





de medidas preventivas à exposição aos riscos, tal como aos danos provenientes de cuidado (Figueiredo *et al.*, 2017).

Nesse sentido, entende-se que a notificação de eventos adversos é parte crucial para segurança do paciente, pois permite que o profissional de saúde tenha uma visão mais fidedigna da qualidade que se está sendo prestada ao indivíduo (Mascarenhas *et al.*, 2019).

O denominado incidente é determinado como alguma circunstância que levou a um dano desnecessário ao paciente. Podendo este ser intencional ou não intencional (Sagawa *et al.*, 2019). Já o evento sentinela pode ser caracterizado por qualquer acontecimento imprevisível, que possa gerar incapacidade ou morte, no qual sua detecção sinaliza que a qualidade das medidas terapêuticas ou preventivas precisam ser reavaliadas. Dessa forma, sempre que for constatado esse tipo de evento o sistema de vigilância deve ser contatado para que medidas reparadoras possam ser implementadas, visando a não repetição desse evento futuramente (Ballani; Oliveira, 2017).

A partir disso, evidenciou-se, pelos resultados da pesquisa, que a ficha notificação de eventos adversos é uma ferramenta eficaz para o controle de tais eventos. Embora nesse estudo o setor não tenha apresentado associação com o tipo de incidente, observou-se que a cada oito eventos adversos, dois eram caracterizados como LPP e ocorriam na UTI. Isso demonstra que a UTI ainda é um fator determinante para presença de EA.

Este dado foi corroborado por um estudo realizado em dois hospitais universitários de alta complexidade, localizados no município de São Paulo, onde enfatizou, que dos eventos adversos desenvolvidos por pacientes das duas instituições, 60% desses incidentes estavam relacionados a LPP. Um indicativo para esse alto índice pode estar diretamente ligado a condições nutricionais do indivíduo ou a uma cultura do paciente enfraquecida e/ou até mesmo inexistente. (Novaretti *et al.*, 2014).

Outro estudo exploratório, realizado em um hospital universitário de São Paulo, revelou que 19,5% e 63,6% dos pacientes da UTI, apresentavam predisposição para desenvolver LPP, seguidos por 15,6% dos pacientes da Clínica Cirúrgica, 13,9% da Clínica Médica e 0% na Semi-intensiva. O estudo também mostra que mesmo sendo evitáveis algumas lesões por pressão, a maioria resultante do estado físico e nutricional do paciente (Moraes *et al.*, 2016).

Fornecer cuidados de forma qualificada a indivíduos em estado crítico vem se tornando um dos maiores obstáculos para os profissionais que trabalham na UTI, já que



os pacientes são sujeitos diariamente a inúmeros procedimentos médicos, o que pode resultar em incidentes (Barbosa *et al.*, 2014).

O presente estudo não apresentou associação entre a falta de conhecimento do profissional e o setor da UTI, podendo ser um indicativo de que os profissionais mais qualificados em segurança do paciente se concentram nesse setor. Contrapondo a essa teoria, uma pesquisa descritiva e de abordagem qualitativa constatou que alguns dos fatores que relacionam o surgimento de EA na UTI, estão ligados a complexidade dos casos, a necessidade de tomada de decisões imediatas, a falta de diálogo entre a equipe, a sobrecarga de trabalho, o despreparo da equipe atuante além do déficit no número de profissionais (Cruz *et al.*, 2018). Com isso, pode-se entender que o resultado trazido pela presente pesquisa mostra que nessa unidade de saúde a não associação das variáveis setor e falta de conhecimento é resultante da implementação do NSP na unidade.

O preenchimento das fichas de notificações de EA deve ser compreendido como uma ferramenta de melhoria na qualidade da assistência, esse método foi desenvolvido para auxiliar na segurança do paciente, tendo em vista que métodos punitivos, que resultem em constrangimento ou autopunição ao profissional não minimizarão a ocorrência de EA, mas presumivelmente influenciaram na diminuição das notificações (Bizarra *et al.*, 2018).

Nesse estudo a participação dos profissionais no preenchimento das fichas de notificações apresentou relutância, o que demonstrou que o profissional de saúde ainda associa o registro de dados como uma forma de possível punição. Um estudo realizado sobre segurança do paciente em uma maternidade de risco habitual, na região metropolitana de Belo Horizonte, demonstrou que de 98 questionários aplicados aos profissionais de saúde da unidade apenas 54 foram devolvidos e desses, apenas 47 eram válidos. Demonstrando pelo resultado um clima de segurança do paciente ainda fragilizado, decorrente da desmistificação dos eventos adversos e do não direcionamento das ações aos processos de trabalho e sim ao indivíduo (Ferreira; Melo *et al.*, 2019).

O baixo índice de fichas de notificações de eventos adversos preenchidas pode ser um indicativo de subnotificação. Outro estudo que foi desenvolvido com profissionais de saúde da UTI, em um evento científico, constatou que dos 70 profissionais entrevistados 50 a 71,4% identificavam a existência de subnotificações de EA nas suas respectivas unidades de trabalho e relataram 115 razões para a falta de notificações. Entre estas razões estão a sobrecarga de trabalho, esquecimento, desvalorização dos EA, apresentando os maiores índices, seguidos por sentimentos de medo e vergonha (Claro *et al.*, 2011).



Entende-se assim, o processo de inserção da ficha de notificações no cotidiano dos profissionais deve ocorrer de forma gradativa, até que faça parte do cotidiano e se torne uma realidade vivida.

Este estudo possuiu como principal limitação o quantitativo amostral de fichas reduzido comparado ao total de pacientes atendidos pela instituição, contudo, conseguiu-se retratar a realidade encarada por essa unidade. Diante do exposto fica evidenciada a importância da ficha de notificações de EA, pois além de ser um forte indicador da qualidade na assistência e ser um instrumento essencial na segurança do paciente, serve como ferramenta de trabalho para os profissionais de saúde.

## 5. CONCLUSÃO

Dentre os achados, o local com maior presença de LPP foi a UTI, sem associação estatística significativa entre o setor e o tipo de evento, bem como, nenhuma notificação com causa explicitada por falta de conhecimento profissional, o que melhor caracterizou os profissionais da UTI, além de nenhum profissional de saúde ter demonstrado déficit de conhecimento acerca de EA. Além disso, constatou-se que as sugestões de melhoria consistiam basicamente em insumos para consumo assistencial e houve somente uma ficha direcionada para evento sentinela.

Todos os pontos analisados nesse estudo mostraram a preocupação e a importância de uma cultura de segurança do paciente fortalecida. Tais apontamentos podem contribuir como parâmetros para melhoria e fortalecimento dessa cultura, de forma a auxiliar a gestão para futuras condutas no que se refere a assistência à saúde com qualidade.

## REFERÊNCIAS

AMARAL, R. T. *et al.* Riscos e ocorrências de eventos adversos na percepção de enfermeiros assistenciais. **Revista Rene**. vol.20. Fortaleza. 2019. Disponível em: <[http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-38522019000100348](http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-38522019000100348)> Acesso em 12 jul 2020.

AMAYA, M. R. *et al.* Construção e validação de conteúdo de checklist para a segurança do paciente em emergência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v. 37, n. spe:e68778, p. 1-8, 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_atext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S1983-14472016000500421](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_atext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S1983-14472016000500421)> Acessos em 12 Julho 2020.

BALLANI, T. S. L; OLIVEIRA, M. L. F. Uso de drogas de abuso e evento sentinela: construindo uma proposta para avaliação de políticas públicas. **Revista de**



**Enfermagem.** v. 16 n. 3. Florianópolis. 2017. Disponível em : <http://dx.doi.org/10.1590/S010407072017000300015> Acesso em: 24 jul 2020.

BARBOSA, T. P. *et al.* Práticas assistenciais para segurança do paciente em unidade de terapia intensiva. **Acta Paulista de Enfermagem.** v. 27, n. 3, p. 243-248. São Paulo. 2014. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307031542009>. Acesso em: 24 jul 2020.

BATISTA, J. *et al.* Prevalência e evitabilidade de eventos adversos cirúrgicos em hospital de ensino do Brasil. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem.** v.27. 2019. Disponível em: [http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692019000100354](http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692019000100354) Acesso em 12 jul 2020.

BIZARRA, M. A. *et al.* Segurança do paciente - o papel do enfermeiro no gerenciamento de risco focado na UTI. *Revista Pró-UniverSUS.* V.9, n.1, 2018. Disponível em: <http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/1268> Acesso em: 23 jul 2020.

CLARO, C. M. *et al.* Eventos adversos em Unidade de Terapia Intensiva: percepção dos enfermeiros sobre a cultura não punitiva. **Revista Escola de Enfermagem da USP.** V.45. São Paulo. 2011. Disponível em : [www.ee.usp.br/reeusp/](http://www.ee.usp.br/reeusp/) Acesso em: 24 jul 2020.

CRUZ, F. F. *et al.* Segurança do Paciente na UTI: Uma revisão da literatura. **Revista Científica FacMais.** v.7. 2018. Disponível em: <http://revistacientifica.facmais.com.br/wp-content/uploads/2018/06/12.-SEGURAN%C3%87A-DO-PACIENTE-NA-UTI-UMA-REVIS%C3%83O-DA-LITERATURA.pdf> Acesso em: 24 jul 2020.

FERREIRA, E. C. S; MELO, N. S. *et al.* Diagnóstico de cultura de segurança do paciente. **Revista de Enfermagem da UPE.** v.12. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.242490> Acesso em 23 jul 2020.

FIGUEIREDO, M. L. *et al.* Análise da ocorrência de incidentes notificados em hospital-geral. **Revista Brasileira de Enfermagem.** vol. 71. São Paulo, 2018. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003471672018000100111&lng=en&tlng=en](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672018000100111&lng=en&tlng=en) Acesso em 21 jul 2020.

FURINI, A. C. A; NUNES, A. P; DALLORA, M. E. L. V. Notificação de eventos adversos: caracterização dos eventos ocorridos em um complexo hospitalar. **Revista Gaúcha de Enfermagem.** vol.40. Porto Alegre. 2019. Disponível em: [http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472019000200419](http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000200419) Acesso em 12 jul 2020.

MAGALHÃES, F. H. L. *et al.* Clima de segurança do paciente em um hospital de ensino. **Revista Gaúcha de Enfermagem.** vol.40. Porto Alegre. 2019. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S1983-14472019000200406](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S1983-14472019000200406) Acesso em 12 jul 2020.

MASCARENHAS, F. A. S. *et al.*, Facilidades e dificuldades dos profissionais de saúde frente ao processo de notificação de eventos adversos. **Revista Texto & Contexto de**





**Enfermagem.** vol. 28. Santa Catarina. 2019. Disponível em:  
<<http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0040>>. Acesso em: 23 jul 2020.

MORAES, J. T. *et al.* Conceito e classificação de lesão por pressão: atualização do National Pressure Ulcer Advisory Panel. **Revista de enfermagem do Centro Oeste Mineiro.** v. 6. 2016. Disponível em:  
[https://www.researchgate.net/publication/304664229\\_Conceito\\_e\\_classificacao\\_de\\_lesao\\_por\\_pressao\\_atualizacao\\_do\\_National\\_Pressure\\_Ulcer\\_Advisory\\_Panel](https://www.researchgate.net/publication/304664229_Conceito_e_classificacao_de_lesao_por_pressao_atualizacao_do_National_Pressure_Ulcer_Advisory_Panel) Acesso em: 24 jul 2020.

NOVARETTI, M. C. Z. *et al.*, Sobrecarga de trabalho da Enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. **Revista Brasileira de Enfermagem.** v. 67. N. 5. Brasília. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2014670504> Acesso em: 23 jul 2020.

SAGAWA, M. R. *et al.* Análise de circunstâncias notificáveis: incidentes que podem comprometer a segurança dos pacientes. **Revista Cogitare Enfermagem.** Goiás. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.61984> . Acesso em: 14 jul 2020 .

XELEGATI, R. *et al.* Eventos adversos relacionados ao uso de equipamentos e materiais na assistência de enfermagem a pacientes hospitalizados. **Revista Escola de Enfermagem da USP.** vol.53. São Paulo. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980220x2018015303503> Acesso em 12 jul 2020.