

## Segurança do paciente: conhecimento do cuidador

Patient safety: knowledge of the caregiver

Seguridad del paciente: conocimiento del cuidador

Recebido: 22/05/2022 | Revisado: 20/06/2022 | Aceito: 15/07/2022 | Publicado: 22/07/2022

### **Francisco Airton Veras de Araújo Júnior**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3461-3860>  
Universidade Federal do Maranhão, Brasil  
E-mail: [airtonverasjunior@hotmail.com](mailto:airtonverasjunior@hotmail.com)

### **João Victor Carvalho da Paz**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2896-1079>  
Universidade CEUMA, Brasil  
E-mail: [victor.heiwa12@gmail.com](mailto:victor.heiwa12@gmail.com)

### **Eduardo Durans Figüêredo**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7739-6400>  
Universidade Federal do Maranhão, Brasil  
E-mail: [edufigueredo@terra.com.br](mailto:edufigueredo@terra.com.br)

### **Anderson Matheus Medeiros de Araújo**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6977-7764>  
Universidade Federal do Maranhão, Brasil  
E-mail: [andersonmatheus@hotmail.com](mailto:andersonmatheus@hotmail.com)

### **Lucas Frota Beckman**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2790-0311>  
Universidade CEUMA, Brasil  
E-mail: [lbeckman2013@gmail.com](mailto:lbeckman2013@gmail.com)

### **Letícia Castro Freire**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1658-507X>  
Universidade CEUMA, Brasil  
E-mail: [leticia.cfreire@outlook.com](mailto:leticia.cfreire@outlook.com)

### **Kelly Luana Rodrigues Vieira**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7797-6621>  
Universidade CEUMA, Brasil  
E-mail: [Kluanavieira@hotmail.com](mailto:Kluanavieira@hotmail.com)

### **Jayme Pamponet de Cerqueira Neto**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0690-3270>  
Universidade CEUMA, Brasil  
E-mail: [pamponet@me.com](mailto:pamponet@me.com)

### **Viviane Samantha Costa Mendes**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5138-4302>  
Universidade CEUMA, Brasil  
E-mail: [vivas\\_mendes@hotmail.com](mailto:vivas_mendes@hotmail.com)

### **Alexandre Augusto Gomes Alves**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8703-0290>  
Universidade Federal do Pernambuco, Brasil  
E-mail: [alexandreaga@gmail.com](mailto:alexandreaga@gmail.com)

## Resumo

**Introdução:** O acometimento de eventos adversos aumenta o tempo e o custo de internação. O desconhecimento sobre o tema impede que o cuidador possa intervir na prevenção de danos. **Metodologia:** Foi realizado um estudo descritivo e transversal com 101 cuidadores de pacientes internados, entre acompanhantes, familiares e cuidadores profissionais. A pesquisa foi realizada no Hospital São Luiz – HSLZ, localizado no município de São José de Ribamar-Maranhão. **Resultado:** Este estudo avaliou o conhecimento e o entendimento do cuidador sobre a cartilha “Como Posso Contribuir para Aumentar a Segurança do Paciente? Orientações aos pacientes, familiares e acompanhantes”. A faixa etária de 40 a 59 anos foi a mais prevalente, 81,19% da amostra era do sexo feminino, 50,50% parda, 43,56% casados(as), 43,56% com ensino médio completo e 37,62% eram filhos(as). **Discussão:** O perfil do cuidador encontrado no resultado desses trabalhos assemelha-se ao encontrado por este pesquisador, sendo 81,19% desse segmento de mulheres, 37,62% filhas (os) dos pacientes, 43,56% haviam cursado o ensino médio, apenas 1,98% eram cuidadores profissionais. Apesar das recomendações da OMS sobre a necessidade de envolver pacientes e cuidadores em sua segurança, não são todas as fases do cuidado em que isto se torna relevante. Além disso, 76,24% não conheciam a cartilha e 84,16% desconheciam a Política Nacional de Segurança do Paciente. **Conclusão:** Além disso, os dados incitam a reflexão sobre o perfil do

cuidador que está presente, ao lado do doente. Conclui-se que a linguagem da cartilha é acessível, contudo, os cuidadores necessitam de mais esclarecimentos sobre o assunto.

**Palavras-chave:** Eventos adversos; Prevenção; Assistência em saúde; Segurança do paciente; Estresse; Cuidadores.

### Abstract

**Introduction:** The occurrence of adverse events increases the time and cost of hospitalization. The lack of knowledge on the subject prevents the caregiver from intervening in the prevention of damage. **Methodology:** A descriptive and cross-sectional study was carried out with 101 caregivers of hospitalized patients, including companions, family members and professional caregivers. The research was carried out at Hospital São Luiz – HSLZ, located in the municipality of São José de Ribamar-Maranhão. **Result:** This study evaluated the caregiver's knowledge and understanding of the booklet “How Can I Contribute to Increasing Patient Safety? Guidance for patients, families and caregivers. The age group from 40 to 59 years was the most prevalent, 81.19% of the sample was female, 50.50% brown, 43.56% married, 43.56% had completed high school and 37, 62% were children. **Discussion:** The caregiver profile found in the results of these studies is similar to that found by this researcher, with 81.19% of this segment being women, 37.62% daughters of the patients, 43.56% had attended high school, only 1.98% were professional caregivers. Despite the WHO recommendations on the need to involve patients and caregivers in their safety, it is not all phases of care where this becomes relevant. In addition, 76.24% were unaware of the booklet and 84.16% were unaware of the National Patient Safety Policy. **Conclusion:** In addition, the data encourage reflection on the profile of the caregiver who is present next to the patient. It is concluded that the language of the booklet is accessible, however, caregivers need further clarification on the subject.

**Keywords:** Adverse events; Prevention; Health care; Patient safety; Stress; Caregivers.

### Resumen

**Introducción:** La ocurrencia de eventos adversos aumenta el tiempo y costo de hospitalización. El desconocimiento sobre el tema impide que el cuidador intervenga en la prevención del daño. **Metodología:** Se realizó un estudio descriptivo y transversal con 101 cuidadores de pacientes hospitalizados, entre acompañantes, familiares y cuidadores profesionales. La investigación fue realizada en el Hospital São Luiz – HSLZ, ubicado en el municipio de São José de Ribamar-Maranhão. **Resultado:** Este estudio evaluó el conocimiento y la comprensión del cuidador sobre el folleto “¿Cómo puedo contribuir a aumentar la seguridad del paciente? Orientación para pacientes, familiares y cuidadores. El grupo de edad de 40 a 59 años fue el más prevalentes, el 81,19% de la muestra era del sexo femenino, el 50,50% moreno, el 43,56% casado, el 43,56% había terminado el bachillerato y el 37,62% eran niños. **Discusión:** El perfil del cuidador encontrado en los resultados de estos estudios es similar al encontrado por esta investigadora, siendo el 81,19% de este segmento mujeres, el 37,62% hijas de los pacientes, el 43,56% había cursado estudios secundarios, solo el 1,98% eran cuidadores profesionales. A pesar de las recomendaciones de la OMS sobre la necesidad de involucrar a los pacientes y cuidadores en su seguridad, no es en todas las fases de la atención donde esto cobra relevancia. Además, el 76,24% desconocía la cartilla y el 84,16% desconocía la Política Nacional de Seguridad del Paciente. **Conclusión:** Además, los datos invitan a la reflexión sobre el perfil del cuidador que está presente junto al paciente. Se concluye que el lenguaje del cuadernillo es accesible, sin embargo, los cuidadores necesitan mayor aclaración sobre el tema.

**Palabras clave:** Eventos adversos; Prevención; Cuidado de la salud; Seguridad del paciente; Estrés; Cuidadores.

## 1. Introdução

Hipócrates (460-377 a.C.), considerado o “Pai da Medicina”, foi um dos primeiros médicos a se preocupar com a segurança do paciente durante o tratamento das suas doenças. Há mais de dois mil anos, em seu conhecido *Juramento*, afirmava: “Aplicarei os regimes para o bem do doente, segundo o meu poder e entendimento, nunca para causar danos ou mal a alguém” (Gottschall, 2007).

No ano de 1854, Florence Nightingale, enfermeira inglesa e considerada a fundadora da Enfermagem moderna em todo o mundo, reduziu o número de óbitos dos soldados ingleses que lutavam na Guerra da Criméia, intervindo no cuidado aos seus doentes, com melhorias na higiene e nas condições sanitárias dos hospitais e exigindo que as suas enfermeiras acompanhassem os médicos em suas visitas, para prevenir erros e/ou alguma instrução esquecida ou ignorada (Costa et al., 2009).

No final de 1999, a publicação do relatório *To Err is Human: Building a Safer Health System*, pelo Institute of Medicine (IOM, 2000), estimou entre 44 e 98 mil mortes de americanos por erros associados ao tratamento de doenças e aos cuidados com a saúde. A sociedade civil e a mídia começaram a tomar conhecimento do problema e, a partir de então, a cobrar medidas de prevenção.

O relatório, produzido pelo IOM, que evidenciou a preocupante estatística de óbitos causados por eventos adversos (EAs), teve como referência uma revisão publicada por BRENNAN et al. (1991), a partir de 30.121 prontuários, de 51 hospitais de Nova Iorque, do Colorado e de Utah, no final da década de 1990. O trabalho provocou o interesse de outras instituições em pesquisar o tema, evidenciando ainda mais o número de erros existentes durante a internação de um paciente, seja pela administração de medicações, pelos erros assistenciais, pela comunicação entre a equipe de atendimento, pela identificação do enfermo, ou qualquer outra falha de suma importância para a segurança daquele.

O número de pacientes vítimas de EAs assistenciais, entre aqueles admitidos nos hospitais norte-americanos, é de aproximadamente 1 milhão, sendo mais da metade decorrentes de erros que poderiam ter sido prevenidos (KHON & Donaldson, 2000). Estatisticamente, essas mortes provocadas por erros médicos estavam em quarto lugar como causa de mortalidade nos Estados Unidos, excedendo, por exemplo, mortes atribuíveis aos acidentes automobilísticos, ao câncer de mama ou à imunodeficiência adquirida (BATES et al., 1997).

Com o objetivo de diminuir o número de óbitos relacionados à assistência médica, no ano de 2004, surgiu, proposta pela OMS (Organização Mundial de Saúde), a Aliança Mundial para a Segurança dos Pacientes (World Alliance for Patient Safety, atualmente, conhecida como Patient Safety), sendo uma das primeiras iniciativas relacionadas ao tema. Posteriormente, foram propostas outras abordagens sobre o tema: o Center of Diseases Control (CDC), a Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) e o Surgical Care Improvement Project (SCIP). Cada uma dessas iniciativas propôs quesitos que hoje são utilizados para a acreditação dos serviços de saúde, objetivando a redução de mortes por eventos adversos (OMS, 2009).

Nos Estados Unidos (EUA), anualmente, é publicada, pelo Centers for Disease Control and Prevention (CDC), uma lista das causas mais comuns de morte no país. Estima-se que o erro médico seja a terceira maior causa de óbitos atualmente. Segundo a OMS, apenas 117 países codificam suas estatísticas de morte por erros assistenciais. Em muitas nações, o erro médico é subnotificado (Makary & Daniel, 2016).

No Brasil, as falhas na assistência hospitalar representam a segunda causa de morte, perdendo apenas para as doenças cardiovasculares, além de representarem, também, aumento do custo assistencial. Os pacientes com patologias adquiridas durante a assistência hospitalar, consumiram 29% dos leitos-dia utilizados por toda a população do estudo de DAIBERT (2015).

Para sistematizar a discussão sobre o tema, a ANVISA publicou, em 2013, uma série de manuais e protocolos sobre segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde, disponibilizando os conhecimentos relacionados ao tema e contribuindo para a aprendizagem da segurança dos pacientes e a melhoria da qualidade do cuidado prestado nos estabelecimentos de saúde, sejam públicos ou privados.

Os temas abordados nesses manuais, publicados em 2013, foram assistência segura, critérios diagnósticos de infecção relacionada à assistência à saúde (IRAs), neonatologia, medidas de prevenção de IRAs e investigação de eventos.

Em 2017, sob recomendação da OMS, e seguindo o eixo definido para o Programa Nacional para Segurança do Paciente (PNSP), que consiste no “envolvimento do cidadão na sua segurança”, a ANVISA lançou o manual “Como Posso Contribuir para Aumentar a Segurança do Paciente? Orientações aos pacientes, familiares e acompanhantes”.

A Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos (EUA), publicou o Guide to Patient and Family Engagement in Hospital Quality and Safety (Guia para Envolvimento do Paciente e da Família na Qualidade e Segurança do Hospital), com o objetivo de promover o envolvimento de pacientes e familiares na segurança do hospital e na qualidade do atendimento.

Esse guia cita o Georgia Health Sciences Medical Center, que implementou mudanças em sua política de visitação para promover o engajamento do paciente e da família, ocasionando uma redução de 62% nos erros de medicação, de 40% nas quedas e de 50% no tempo de permanência. O paciente e seu cuidador tem papel relevante na prevenção e diminuição dos eventos ocorridos, durante a estadia no hospital, e devem ser constantemente orientados.

Pesquisas demonstram que a participação de pacientes e de seus familiares, durante o processo de tratamento nas unidades hospitalares, reduz o número de erros assistenciais. Um estudo qualitativo desenvolvido em um hospital da Austrália por WYER et al. (2015), demonstrou que a participação dos pacientes em seu tratamento, durante sua internação, diminuiu o número de infecções relacionadas à assistência à saúde.

O manual “Como posso contribuir para aumentar a segurança do paciente?” foi elaborado pela Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde (GGTES) da ANVISA. Sua diagramação e impressão foram realizadas pela Assessoria de Comunicação (ASCOM) do órgão, com a publicação de 3 mil exemplares e orçamento de vinte e oito mil, oitocentos e vinte e seis reais e dez centavos (\$28.826,10), e com custo unitário de nove reais e sessenta centavos (\$9,60). Não houve despesa extra de diagramação, pois esta foi realizada por servidor da própria ANVISA.

Segundo a ASCOM, o guia intitulado “Como posso contribuir para aumentar a segurança do paciente? Orientações aos pacientes, familiares e acompanhantes” é uma obra destinada aos usuários dos serviços de saúde e de seus familiares, sejam eles públicos, privados, civis, militares e filantrópicos. A publicação tem o objetivo de conscientizar essa população sobre riscos e como ela pode atuar na prevenção de eventos adversos decorrentes da assistência e prestação do cuidado nos serviços de saúde.

A elaboração do Guia em questão foi iniciada em agosto de 2016, pela Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde (GVIMS). A entrega da diagramação e impressão da versão final da obra à IMS/GGTES/Anvisa, pela Assessoria de Comunicação (ASCOM/ANVISA), ocorreu em agosto de 2017. Para sua elaboração foi utilizada literatura com base em referências nacionais e internacionais. Sua distribuição ocorreu gratuitamente para os serviços de saúde, por meio das vigilâncias sanitárias locais, por solicitação da ANVISA, pelos usuários, e por demais sociedades interessadas no tema.

Alguns exemplares do material também foram distribuídos ao público em stands e eventos promovidos pela ANVISA. Ademais, a publicação (arquivo digital) está disponível ao público no portal do órgão na internet.

Os custos para a contratação de consultores, analistas, técnicos e materiais necessários para a elaboração do conteúdo desse manual não foram disponibilizados pelo órgão para este autor.

As informações sobre a confecção da publicação foram disponibilizadas por meio do E-SIC (Sistema Eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão) do Governo Federal. A importância desses dados é justificada pelo desconhecimento da existência do Guia, por parte de pacientes, cuidadores, familiares e profissionais de saúde, apesar de serem, segundo a ANVISA, o público alvo da edição.

O objetivo desta dissertação é avaliar se o conteúdo do guia é de fácil interpretação para aquele público e demonstrar a ineficiência da ANVISA ao promover a divulgação de um manual sobre segurança do paciente, publicado em 2017, voltado ao doente e aos seus familiares, mas que não é conhecido por estes, seja pela reduzida divulgação promovida pelo órgão ou pela falta de engajamento de seus parceiros (hospitais públicos e privados).

## **2. Metodologia**

Foi realizado um estudo do tipo descritivo e observacional. A pesquisa foi realizada no Hospital São Luiz – HSLZ, localizado no município de São José de Ribamar-Maranhão. O local foi inaugurado no dia 05 de dezembro de 2011, com a finalidade de prestar serviços médicos aos servidores públicos do Estado do Maranhão, por meio de convênio com o Fundo de Benefício do Estado do Maranhão (FUNBEM). Atualmente, 120 mil pessoas são atendidas nas unidades de emergência e ambulatorial deste hospital.

A população atendida possui, em sua maioria, mais de 50 anos (65%). O número de consultas ambulatoriais e de emergências chegam a 19 mil consultas/mês, com 4 mil consultas de urgência e destas, um total de 350 internações/mês.

A unidade hospitalar privada constitui-se de 107 leitos assim divididos: 40 leitos de clínica médica; 24 leitos cirúrgicos; 20 leitos de UTI; 20 leitos de observação; 03 leitos pediátricos. Amostragem por conveniência. Foram entrevistados os cuidadores que acompanharam pacientes internados durante o período de coleta da pesquisa.

Foram incluídos na pesquisa, Todos os acompanhantes, familiares e cuidadores dos pacientes internados nas enfermarias da emergência, clínica médica, pediatria, ortopedia e cirurgia geral do Hospital São Luiz. Excluídos os, Acompanhantes, cuidadores e familiares que não saibam ler ou se declarem incapazes de responder ao questionário da pesquisa.

### **A coleta de dados foi realizada obedecendo um cronograma, descrito a seguir**

Foi realizada uma entrevista com acompanhantes, cuidadores e familiares de pacientes internados nas enfermarias do Hospital São Luiz, na qual foram solicitados a responder um questionário sobre o seu conhecimento quanto a existência do manual “Como posso contribuir para aumentar a segurança do paciente? Orientações aos pacientes, familiares e acompanhantes”, publicado pelo Ministério da Saúde, em 2017, e sobre seu entendimento relacionado à publicação e, à prevenção e à ocorrência de eventos adversos.

Para a coleta de dados, foi utilizado um roteiro estruturado, por meio de questionário on line, através da plataforma Microsoft Forms, que consta no final deste trabalho, com questões fechadas para obtenção de dados sociodemográficos (etnia, idade, sexo, escolaridade, vínculo familiar, renda familiar, etc.).

Os cuidadores também foram avaliados quanto ao grau de compreensão da cartilha e solicitados a indicar, em algumas perguntas do questionário (11 a 19), o quanto eles entenderam sobre cada item, usando uma escala Likert:

- 0 - Eu não entendi nada;
- 1 - Eu entendi só um pouco;
- 2 - Eu entendi mais ou menos;
- 3 - Eu entendi quase tudo, mas tive algumas dúvidas;
- 4 - Eu entendi quase tudo;
- 5 - Eu entendi perfeitamente e não tive dúvidas.

A escala de LIKERT é uma escala desenvolvida nos EUA, na década de 30, combinando matemática aplicada (estatística) à psicologia, permitindo que avaliássemos, nessa pesquisa, o nível de entendimento do entrevistado, extraindo dados quantitativos, a partir de um questionário qualitativo. As respostas 0, 1, 2 e 3 indicaram compreensão insuficiente. Se a média geral de compreensão foi  $\geq 4,0$  (valor máximo = 5), indicou que as perguntas eram fáceis de entender e que a cartilha não possuía dificuldade para leitura.

Os cuidadores/familiares convidados a participar da pesquisa foram esclarecidos quanto a importância de se avaliar seu conhecimento a respeito da ocorrência e da prevenção de eventos adversos no ambiente hospitalar. Após os esclarecimentos necessários sobre os objetivos da pesquisa, aqueles que se interessaram em participar voluntariamente e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, responderam ao questionário enviado por meio do aplicativo de mensagens Whats App.

### **3. Resultado**

Foram submetidos ao questionário da pesquisa 101 cuidadores, sendo 82 do gênero feminino e 19 do sexo masculino. Destes, apenas dois tinham idade abaixo dos 20 anos, 15 tinham entre 20 e 29 anos, 19, entre 30 e 39 anos, 22 na faixa etária dos 40 aos 49 anos, 23 dos 50 aos 59 anos, e 20 estavam acima dos 60 anos. Em relação à cor auto relatada, 3 pessoas se definiram como de cor amarela, 21 de cor branca, 25 de cor negra, 51 se declararam pardos e apenas um indígena. Quando

analisada a situação conjugal, 44 eram casados, 9 divorciados, 41 solteiros, 5 declararam viver em união estável e 2 eram viúvos. Foi analisado também o nível de escolaridade dos cuidadores, evidenciando-se que sete (6,93%) tinham o fundamental incompleto, cinco (4,95%) o fundamental completo, 44 (43,56%) concluíram o ensino médio, 35 (34,65%) possuíam ensino superior completo e dez (9,9%) já haviam realizado pós-graduação. Ao ser avaliada a renda mensal dos cuidadores, 46 (45,5%) responderam ter uma renda entre 800 e 2000 reais, 23 (22,77%) entre 2001 e 4000 reais, 13 (12,87%) ganhavam entre 4001 e 6000 reais, quatro (3,96%) recebiam entre 6001 e 8000 reais e quatro (3,96%) tinham rendimentos superiores a 8000 reais. As características sociodemográficas dos cuidadores encontram-se detalhadas na Tabela 1.

**Tabela 1** - Características sociodemográficas de cuidadores de pacientes internados em São Luís– MA. (2019) (n=101).

Variáveis	n	%
<b>Idade</b>		
Menor de 20 anos	2	1,98%
20 a 29 anos	15	14,85%
30 a 39 anos	19	18,81%
40 a 49 anos	22	21,78%
50 a 59 anos	23	22,77%
Acima de 60 anos	20	19,80%
<b>Gênero</b>		
Feminino	82	81,19%
Masculino	19	18,81%
<b>Cor</b>		
Amarela	3	2,97%
Branca	21	23,76%
Indígena	1	24,75%
Negra	25	49,50%
Parda	51	50,50%
<b>Estado Civil</b>		
Casada(o)	44	43,56%
Divorciado	9	8,91%
Solteira(o)	41	40,59%
União Estável	5	4,95%
Viúva(o)	2	1,98%
<b>Escolaridade</b>		
Fundamental incompleto	7	6,93%
Fundamental completo	5	4,95%
Ensino médio completo	44	43,56%
Ensino superior completo	35	34,65%
Pós-graduação	10	9,90%
<b>Renda</b>		
R\$ 800 a 2000,00	46	45,5%
R\$ 2001,00 a 4000,00	23	22,77%
R\$ 4001,00 a 6000,00	13	12,87%
R\$ 6001,00 a 8000,00	4	3,96%
Acima de 8000,00	4	3,96%
Outros	11	10,89%

Fonte: Autores.

Quando analisado o grau de parentesco dos entrevistados em relação ao paciente que estavam acompanhando, dois (1,98%) eram cuidadores profissionais, 13 (12,87%) eram esposas(os) do paciente, 15 (14,85%) eram pai ou mãe do doente, 38 (37,62%) responderam ser filha(o). Os netos corresponderam a 5 (4,95%) e os irmãos 7 (6,93%), 15 (14,85%) cuidadores não tinha nenhum grau de parentesco (Tabela 2).

**Tabela 2** - Grau de parentesco de cuidadores de pacientes internados em São Luís– MA. (2019) (n=101).

Parentesco	n	%
Cuidador profissional	2	1,98%
Esposa(o)	13	12,87%
Pai ou Mãe	15	14,85%
Filha(o)	38	37,62%
Genro ou nora	6	5,94%
Irmã(o)	7	6,93%
Neta(o)	5	4,95%
Nenhum	15	14,85

Fonte: Autores.

Ao avaliar o conhecimento do cuidador sobre o tema da pesquisa, 77 (76,24%) entrevistados não conheciam a existência da cartilha do Ministério da Saúde “Como posso contribuir para aumentar a segurança do paciente?”. Dos 101 entrevistados, 52 (51,49%) responderam saber o significado do termo “segurança do paciente”. Sobre conhecer a Política Nacional de Segurança do paciente – PNSP, 85 (84,16%) responderam “não” (Tabela 3).

**Tabela 3** - Conhecimento de cuidadores de pacientes internados em São Luís– MA sobre a existência da cartilha “Como posso contribuir para aumentar a segurança do paciente?”, o significado do termo “segurança do paciente” e sobre a PNSP\*. (2019) (n=101).

Variável	n	%
<b>Existência da cartilha</b>		
Sim	24	23,76%
Não	77	76,24%
<b>Significado de Segurança do paciente</b>		
Sim	52	51,49%
Não	49	48,51%
<b>Conhecimento da PNSP*</b>		
Sim	16	15,84%
Não	85	84,16%

\*Política Nacional de Segurança do Paciente. Fonte: Autores.

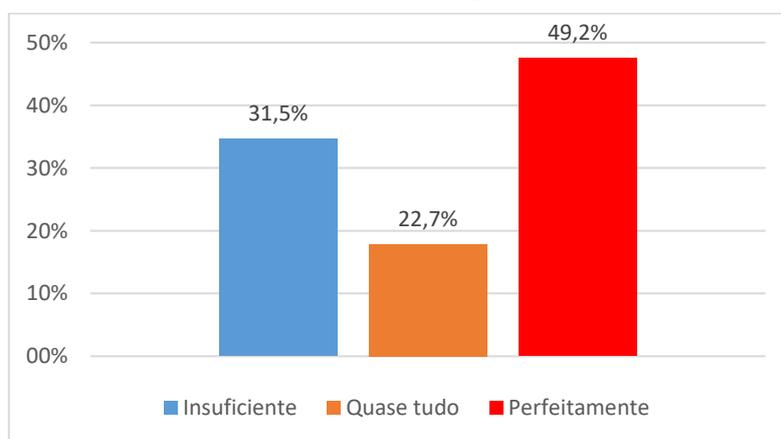
Quanto ao entendimento dos entrevistados em relação ao conteúdo descrito na cartilha “Como Posso Contribuir para Aumentar a Segurança do Paciente?”, 48 (47,52%) responderam que “entenderam perfeitamente” a linguagem do documento. Apenas 1 (0,99%) respondeu “não entender nada” (Tabela 4). Compreenderam insuficientemente a cartilha, 34,65% (Gráfico 1).

**Tabela 4** - Distribuição dos cuidadores entrevistados, quanto ao entendimento da linguagem da cartilha. São Luís– MA (2019) (n = 101).

Entendimento	n	%
Não entendi nada	1	0,99%
Entendi só um pouco	7	6,93%
Entendi mais ou menos	10	9,90%
Entendi quase tudo, com dúvidas	17	16,83%
Entendi quase tudo	18	17,82%
Entendi perfeitamente	48	47,52%

Fonte: Autores.

**Gráfico 1** - Avaliação do nível de compreensão da cartilha pela escala de LIKERT, São Luís– MA (2019).



Fonte: Autores.

Em relação ao conhecimento da existência de um núcleo de segurança do paciente (NSP) no hospital, apenas 21 (20,79%) responderam sim e 80 (79,21%) disseram não (Tabela 5).

**Tabela 5** - Distribuição dos cuidadores entrevistados quanto ao conhecimento da existência de um núcleo de segurança do paciente no hospital, São Luís– MA (2019) (n = 101).

Existência do NSP	n	%
Sim	21	20,79%
Não	80	79,21%

Fonte: Autores.

Quando perguntado para o cuidador se este já havia sido orientado quanto à prevenção de eventos adversos durante a internação do paciente, 59 (58,42%) responderam que não e 42 (41,58%) responderam que sim. Em relação à pergunta sobre se já observaram alguma ação dos funcionários do hospital que visasse à segurança do paciente, 76 (75,25%) responderam que sim e 25 (24,75%) responderam que não (Tabela 6).

**Tabela 6** - Distribuição dos cuidadores entrevistados, quanto à orientação em relação à segurança do paciente e se já presenciaram ações para a prevenção de eventos adversos. São Luís– MA, (2019) (n = 101).

Variável	n	%
<b>Orientação</b>		
Sim	42	41,58%
Não	59	58,42%
<b>Ações preventivas</b>		
Sim	76	75,25%
Não	25	24,75%

Fonte: Autores.

Em relação à algumas práticas de segurança hospitalar para a prevenção de eventos adversos, 60 (59,41%) responderam já ter sido orientados quanto à higiene das mãos e 41 (40,59%) responderam que não. Quanto à prevenção de quedas, 58 (57,43%) responderam que sim e 43 (42,57%) disseram que não foram orientados (Tabela 7).

**Tabela 7** - Distribuição dos cuidadores entrevistados, quanto à orientação em relação à higiene das mãos e prevenção de quedas. São Luís– MA (2019) (n = 101).

Variável	Frequência	Porcentagem
<b>Higiene das mãos</b>		
Sim	60	59,41%
Não	41	40,59%
<b>Prevenção de quedas</b>		
Sim	58	57,43%
Não	43	42,57%

Fonte: Autores.

Quanto aos cuidadores terem recebido ou não, durante o tempo de internação hospitalar, alguma cartilha que os esclarecesse sobre a prevenção de quedas dos pacientes, 80 (79,21%) responderam que não e 21 (20,79%) responderam que sim (Tabela 8).

**Tabela 8** - Número de cuidadores que responderam ter recebido algum material para orientação sobre a prevenção de quedas, São Luís– MA (2019) (n = 101).

Variável	n	%
Sim	21	20,79%
Não	80	79,21%

Fonte: Autores.

Responderam sim quando indagados se haviam presenciado a identificação do paciente no momento da admissão hospitalar, 92 (91,09%) dos entrevistados e apenas 9 (8,91%) responderam que não (Tabela 9).

**Tabela 9** - Número de cuidadores que presenciaram a identificação do seu paciente na admissão hospitalar, São Luís– MA (2019) (n = 101).

Variável	Frequência	Porcentagem
Sim	92	91,09%
Não	9	8,91%

Fonte: Autores.

Na Tabela 14, podemos observar a ocorrência de eventos adversos, durante a internação dos pacientes, baseada na identificação dos próprios cuidadores. Do total de 101 pessoas, 79 (78,22%) responderam não ter presenciado nenhum evento adverso e 22 (21,78%) responderam que sim (Tabela 10).

**Tabela 10** - Número de cuidadores que identificaram algum evento adverso ocorrido com seu paciente, São Luís– MA (2019) (n = 101).

Variável	Frequência	Porcentagem
Sim	22	21,78%
Não	79	78,22%

Fonte: Autores.

#### 4. Discussão

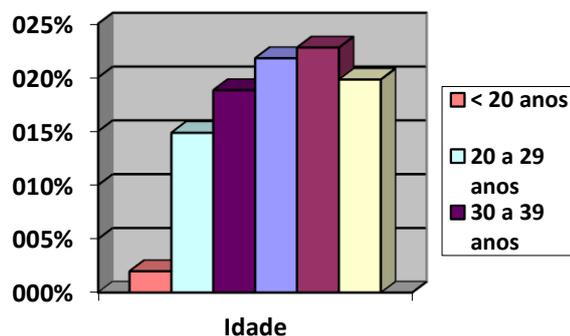
A pirâmide etária brasileira mudou nos últimos 15 anos, observando-se uma maior prevalência da população acima dos 50 anos (Carmo, 2018). Ao analisar os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), verifica-se que a população de idosos aumenta com taxas de mais de 4% ao ano, até 2022, devendo atingir 41,5 milhões até 2030. Tendo em vista esses dados e a dependência desse segmento populacional da ajuda de cuidadores, familiares ou não, no seu cuidado, optou-se por realizar um trabalho que analisasse o conhecimento do cuidador a respeito da segurança do paciente durante a internação hospitalar.

Brigola et al. (2017), em trabalho sobre o perfil de saúde de cuidadores familiares, analisando os dados de 99 entrevistados, constataram que a maioria dos participantes eram mulheres (n = 76), idosas (n = 83), com média de 65,8 anos de idade, 76,8% eram cuidadores informais e possuíam entre um e quatro anos de escolaridade formal (70,7%). Além disso, 89,9% estavam casados (as), autodeclararam-se brancos (70,3%) e 71,4% recebiam dois ou mais salários mínimos.

A pesquisa de SANTOS (2013), realizada entre cuidadores de idosos atendidos em uma Unidade de Saúde da Família, no município de São Paulo, com o objetivo de traçar seu perfil sociodemográfico, observou que 56% dos cuidadores eram de raça branca e 44% afrodescendentes.

As principais faixas etárias encontradas em nossa pesquisa, diferente dos números encontrados nos outros trabalhos foram de 40 a 49 anos (21,78%) e de 50 a 59 anos (22,77%) (Gráfico 2). Apenas 19,80% de amostra estava acima de 60 anos. A cor, autodeclarada, mais prevalente foi a parda, com 50,50% da amostra, provavelmente pela estrutura populacional do Estado do Maranhão, diferindo da pesquisa de BRIGOLA (2017).

**Gráfico 2** - Faixa etária dos cuidadores entrevistados, São Luís - MA (2019).



Fonte: Autores.

Em uma revisão bibliográfica, realizada por Araujo e Fernandes (2015), a partir de onze artigos científicos com o objetivo de avaliar o perfil de cuidadores de idosos no Brasil, verificou-se que 85% dos cuidadores eram do sexo feminino, sendo filha ou cônjuge, a idade média era de 50 anos, quase 50% dos indivíduos possuíam apenas o ensino médio, apenas 3,2% recebiam remuneração por seu trabalho e 55% da amostra era casada. Carvalho e Escobar (2015) encontraram em sua pesquisa com 77 voluntários os seguintes resultados: 78% com mais de 40 anos, 88% mulheres, 45,45% eram filhas, 47% com nível de escolaridade fundamental.

O perfil do cuidador encontrado no resultado desses trabalhos assemelha-se ao encontrado por este pesquisador, sendo 81,19% desse segmento de mulheres, 37,62% filhas (os) dos pacientes, 43,56% haviam cursado o ensino médio, apenas 1,98% eram cuidadores profissionais. Os resultados deste estudo em relação ao sexo também foram semelhantes aos encontrados no estudo de Souza et al. (2014), com 50 cuidadores, dos quais 42 (84%) pessoas eram do sexo feminino e apenas 8 (16%) do sexo masculino. Estes resultados não são diferentes de outros trabalhos publicados e corroboram com o fato de, historicamente, ser a mulher o alicerce da família, a cuidadora dos filhos, esposo e pais (Karsch, 2003).

A presença marcante de mulheres e filhas como cuidadoras dos pacientes nesta e em outras pesquisas pode ser explicada pela estrutura patriarcal da sociedade brasileira, na qual a mulher é a responsável pelo cuidado e a ela cabe o papel de cuidar da família. Este fato é visto por muitos, quase, como uma obrigação, podendo acarretar na sobrecarga de trabalho e estresse psicológico (Santos, 2013). Berg e Woods (2009) afirmam ser uma convenção social que a mulher seja aquela que presta cuidados. Quanto ao estado civil dos 101 entrevistados deste trabalho, houve uma maior prevalência de indivíduos casados – 44 (43,56%).

Culturalmente, é comum que, nas famílias brasileiras, algum membro seja responsável por acolher e cuidar do paciente doente. Gutierrez (2011) cita que há uma hierarquia para a escolha desse cuidador que depende de fatores como: gênero, idade, fatores gestacionais, grau de parentesco, local da residência do cuidador, situação financeira e tempo disponível, além do grau de afetividade entre paciente e cuidador.

Ao se avaliar a escolaridade dos cuidadores que responderam ao questionário, 44 (43,56%) possuíam até o ensino médio completo e 35 (34,65%) o ensino superior completo. Esses dados são semelhantes aos encontrados no estudo de Souza et al. (2014). No trabalho de CampoS et al. (2010), o número de analfabetos (22,5%) e de pessoas com baixa escolaridade (45%) foi destacado pela importância de o cuidador ter a necessidade de possuir noções mínimas sobre o cuidado. Resta e Budó (2004) destacam a necessidade de conhecermos a escolaridade dos cuidadores, afim de encontrar a melhor forma de repassar informações para eles.

A “Segurança do Paciente” é um assunto bastante discutido por médicos, enfermeiros e demais profissionais de saúde. Encontra-se em diversos artigos que avaliam a cultura de segurança ou o conhecimento de alunos, residentes e profissionais de

saúde sobre o tema. Contudo, apesar de assunto recorrente, poucos trabalhos foram encontrados, durante a pesquisa bibliográfica desta dissertação, que analisasse o conhecimento do cuidador/acompanhante, seja profissional ou membro da família do doente, sobre a prevenção de EAs durante o período de tratamento do enfermo no hospital.

A importância disso se deve ao fato de ser o cuidador aquele quem mais permanece ao lado do doente, conhecendo seus sintomas e mudanças comportamentais, podendo assim antecipar-se na prevenção de alguns danos evitáveis, seja na administração de medicamentos, evitando quedas, nas infecções hospitalares por ausência de higiene das mãos, na prevenção da pneumonia broncoaspirativa, etc.

É fato notório e constatado através de pesquisas científicas que o número de óbitos em hospitais e os custos com tratamento de pacientes estão proporcionalmente relacionados com a incidência de eventos adversos ocorridos no nosocômio. Artigo publicado por Gadelha et al. (2018) evidenciou que o risco de óbito em pacientes acima de 50 anos e acometidos por eventos adversos foi de 42% após 24 dias de internação. Quando avaliado o risco de morte para os pacientes internados por infecção, este foi três vezes maior.

Em um estudo de coorte, prospectivo, realizado, no Rio de Janeiro, com 355 pacientes de Uti & Roque et al. (2016) verificaram que 32,4% apresentaram EA, com taxa de incidência de 9,4 eventos adversos por 100 pacientes-dia, com média de 2,8 eventos por paciente. Destes, a maior proporção (59,3%) esteve relacionada à ocorrência de úlceras de pressão, fato relevante no que tange o cuidado com o doente restrito ao leito.

Hibbard e Green (2013) afirmam que há uma redução nos custos hospitalares quando o paciente está envolvido em seu cuidado. Já STUDDERT et al. (2006) relata ser de suma importância a relação entre profissionais de saúde, pacientes, cuidadores e/ou seus familiares, diminuindo consideravelmente o número de processos médicos. Este envolvimento culminou em ações internacionais propostas pela OMS, pela European Commission (2012), e ações nacionais, propostas pela ANVISA, no intuito de promover a inclusão daqueles nas questões que dizem respeito ao tratamento do paciente.

Oliveira et al. (2016), em um estudo qualitativo sobre o conhecimento do cuidador sobre a prevenção de idosos, realizados entres profissionais dessa categoria, averiguou que esse conhecimento era superficial, pois nunca haviam recebido orientação adequada. Já Batista et al. (2016), em seu trabalho sobre o conhecimento dos cuidadores de crianças e adolescentes em hemodiálise, verificaram que o conhecimento dos entrevistados era fragmentado, desconexo e deficitário, sendo fator importante relacionado às causas e complicações ocorridas durante o cuidado.

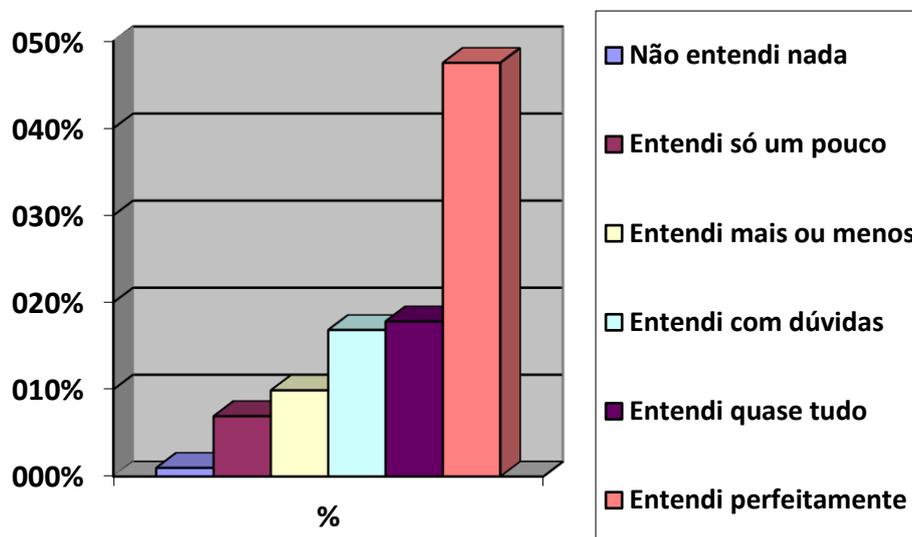
Seguindo as recomendações da OMS em sua assembleia de 4 de maio de 2016, a Aliança pela Segurança do Paciente, e com o objetivo de reduzir o número de eventos adversos no Brasil e de “orientar uma mudança de cultura dos serviços de saúde, no que se refere à participação do cidadão nos processos de segurança assistencial”, a ANVISA publicou em 2017 a cartilha “Como Posso Contribuir para Aumentar a Segurança do Paciente? Orientações aos Pacientes, Familiares e Acompanhantes”.

Neste estudo, ao se avaliar o conhecimento do paciente sobre a existência do manual e sobre o PNSP, 76,24% não conheciam a existência deste documento e 84,16% desconheciam o programa do Ministério da Saúde. Outro número relevante é que 51,49% dos entrevistados responderam saber o significado do termo “segurança do paciente”, evidenciando o baixo alcance da publicação na questão de educar este segmento da população. Acredita-se que a baixa divulgação nos meios de comunicação e a ineficiência das equipes dos hospitais responsáveis pela prevenção de eventos adversos, corroborem para esses números.

Ao solicitar que os entrevistados lessem trechos da cartilha para avaliar o seu grau de entendimento, 47,52% da amostra respondeu que entendeu perfeitamente a linguagem do documento e apenas 0,99% não entendeu nada, resultado importante e relacionado ao público que frequenta o hospital, onde foi desenvolvida a pesquisa, composto de servidores públicos e familiares

(Gráfico 3). Apesar de conter alguns termos médicos mais técnicos, baseado na escala LIKERT, a cartilha demonstrou possuir uma linguagem acessível para a maioria dos entrevistados.

**Gráfico 3** - Grau de entendimento da cartilha, escala LIKERT, São Luís -MA (2019).



Fonte: Autores.

O alfa de cronbach é a estatística mais usada para medir a consistência interna de uma escala ou um teste. Foi Lee J. Cronbach quem desenvolveu, em 1951, o coeficiente alfa<sup>41</sup>. Neste trabalho, utilizou-se o alfa de cronbach nas perguntas de 11 a 19, com o objetivo de verificar a confiabilidade destas questões para definir se a cartilha teria uma linguagem acessível para os entrevistados. Um alpha maior que 0,9 define uma consistência muito boa e inferior a 0,6, inadmissível. Todas as perguntas tiveram o alpha maior que 0,9.

Nesta pesquisa, 79,21% desconheciam a existência de um Núcleo de Segurança do Paciente (NSP). Contudo, apesar de desconhecerem o núcleo, 75,25% dos entrevistados responderam presenciar ações dos funcionários com o intuito de prevenir tais eventos. Faz-se de grande importância que os núcleos de segurança hospitalar existentes sejam proativos e busquem, além da intervenção sobre a educação e a mudança de comportamento dos profissionais de saúde, esclarecer todos os clientes que estiverem recebendo cuidados e familiares ou não que auxiliam na vigilância daqueles.

Outro número preocupante é que apenas 41,58% dos cuidadores responderam já ter sido orientados no hospital, sobre a prevenção de EAs. Estudo espanhol, publicado por VILLAR DAVILA et al. (2012), para conhecer o que fazia o cuidador dentro do ambiente hospitalar, encontrou que 73% protegiam os pacientes contra eventuais quedas, 65,1% ajudavam os pacientes a se moverem na cama, 81,7% ajudavam a tomar medicações e 75,2% ajudam a comer. Estas atividades se encontram diretamente relacionadas à ocorrência e/ou prevenção de eventos adversos relacionados à queda, prevenção de úlceras de pressão, erro de medicação e broncoaspiração.

Essas informações evidenciam a importância que as ações do NSP de cada hospital têm para a educação, não apenas dos funcionários, mas também daqueles que estão ao lado do paciente durante a internação e, possivelmente, após a alta hospitalar, se esse for um paciente neurosequelado, restrito ao leito, e que fará uso de serviços hospitalares no próprio domicílio. Faz-se necessário usar o “tempo ocioso” do acompanhante para orientá-lo quanto às ações de prevenção de EAs.

Apesar de não reconhecerem a existência de um NSP no ambiente hospitalar no qual estavam, 75,25% dos entrevistados respondeu presenciar ações dos funcionários com o intuito de prevenir a ocorrência de EAs. Este fato evidencia que a equipe médica e de enfermagem trabalham em consonância para que o paciente que adentra o centro de saúde, possa retornar para o lar com sua saúde estabelecida e sem sequelas adquiridas durante e/ou decorrente do tratamento instituído.

Outra informação relevante se evidencia ao ser avaliado se os cuidadores já haviam recebido orientação quanto a alguma ação para a prevenção de EAs. Responderam sim à pergunta sobre ter sido orientados sobre a higiene das mãos e prevenção de quedas, 59,41% e 57,43%, respectivamente. Provavelmente esses números são decorrentes das conversas informais entre a equipe de saúde e os cuidadores, visto que não existe cartilha específica ou contato direto entre o NSP e os mesmos.

O número de cuidadores que responderam “não” à pergunta sobre terem recebido uma cartilha sobre o tema segurança do paciente foi de 79,21%. Outros 20,79% responderam que sim, haviam recebido uma cartilha, mas o que tinham em mãos era o Manual do Paciente, recebido durante a internação, com informações gerais sobre o serviço. SILVA et al (2016), em uma revisão integrativa de literatura, destacaram que a educação continuada é responsável por 37,93% das medidas preventivas que se destacam para a prevenção de erros durante a hospitalização.

A não identificação do paciente ou fazê-la de forma incorreta é um fator preocupante e apontado como responsável por uma série de EAs, desde erros de administração de medicamentos e hemocomponentes, cirurgias erradas, exames laboratoriais e radiográficos trocados, ou até troca de recém-nascidos em maternidades (TASE et al., 2013). Outro trabalho publicado pela mesma autora, realizado em uma maternidade pública de São Paulo, apontou que 34,9% das mulheres internadas tinham maior risco de equívocos decorrentes da similaridade fonética dos seus nomes.

Quando avaliado se o cuidador identificou ou não a ocorrência de EAs relacionados ao seu paciente, a incidência, neste estudo, foi elevada. Quando perguntados se observaram a ocorrência de EAs no paciente que estava acompanhando, 22 (21,78%) das pessoas responderam positivamente e 79 (78,22%) responderam negativamente. Não encontramos estudos semelhantes para comparar os resultados encontrados, sendo um fator limitante para este trabalho.

Apesar das recomendações da OMS sobre a necessidade de envolver pacientes e cuidadores em sua segurança, não são todas as fases do cuidado em que isto se torna relevante. Uma revisão de literatura publicada por MARTIN & LARSEN (2012) não encontrou evidências fortes sobre a eficácia do envolvimento do paciente na segurança deste na atenção primária.

## 5. Conclusão

Os resultados deste estudo evidenciam a importância de desenvolver campanhas educacionais dentro do ambiente hospitalar e fora dele para que cuidadores, formais ou não, possam ser capacitados a ajudar no tratamento dos doentes, estejam eles hospitalizados ou em sua casa, apoiados por uma equipe de home care.

O Ministério da Saúde, independente de produzir cartilhas de diferentes temas, não consegue atingir o objetivo final quando o público é a população em geral, ou seja, não profissionais de saúde. Vê-se que uma cartilha de apoio ao cuidador, produzida há 2 anos, não é conhecida pela maioria das pessoas indagadas nesta pesquisa. Muitas delas, com experiência de várias internações com seu paciente.

Propõe-se que as campanhas e materiais de educação desenvolvidos pelos órgãos federais, principalmente, os que estão relacionados à prevenção de doenças, devem ser divulgados de forma mais ativa e didática, tendo em vista o nível educacional da população brasileira. O Governo Federal deve, em contrapartida, cobrar dos núcleos de segurança do paciente, seja em hospitais públicos e particulares, mais ações educativas que englobem pacientes e cuidadores.

O Núcleo de Segurança do Paciente, do hospital pesquisado, não é conhecido pelos usuários. Faz-se necessário o envolvimento do NSP em todas as etapas do cuidado, orientando trabalhadores e cuidadores, formais ou não, quanto às ações e políticas de prevenção de EAs desde a admissão. Além disso, pesquisas que atentem quanto à importância do envolvimento de

pacientes, familiares e cuidadores precisam ser desenvolvidas e assim avaliar o impacto real dessas ações sobre o custo-saúde e o número de óbitos.

O custo hospitalar com pacientes que sofreram algum tipo de evento adverso é maior, além de permanecerem por mais tempo internados. Tal fato é um ciclo vicioso, pois, à medida em que aumenta o tempo de internação, pode-se prever que maior será o risco de eventos adversos. O dano ao doente deve ser destacado em toda a cadeia da assistência médica, com o intuito de diminuir sua incidência.

Os profissionais de saúde envolvidos diretamente no processo do cuidado, por conhecerem os processos de intervenção que podem evitar EAs, devem usufruir do tempo em que se encontram ao lado do doente e do seu acompanhante, no momento da visita, para esclarecê-los sobre a importância da prevenção dos erros evitáveis. Desta forma, podem adquirir a confiança da família e do paciente, demonstrando preocupação e empatia por ambos.

Além disso, os dados incitam a reflexão sobre o perfil do cuidador que está presente, ao lado do doente. É necessário atentar para as condições psicológicas desta mulher, em sua maioria casada, que abandona o lar, marido e filhos por algum momento, dias ou semanas, para estar ao lado de um parente enfermo, geralmente, os seus genitores, em um ambiente totalmente insalubre.

## Referências Bibliográficas

- Aranaz-Andres, J. M., Aibar-Rejon, C., Vitaller-Murillo, J., Ruiz-Lopez, P., Limon-Ramirez, R., & Terol-Garcia, E. (2008). Incidence of adverse events related to health care in Spain: results of the Spanish National Study of Adverse Events. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 62(12), 1022–1029.
- Aranaz-Andres, J. M., Aibar-Rejon, C., Limon-Ramirez, R., Amarilla, A., Restrepo, F. R., Urroz, O., Sarabia, O., Garcia-Corcuera, L. V., Terol-Garcia, E., Agra-Varela, Y., Gonseth-Garcia, J., Bates, D. W., & Larizgoitia, I. (2011). Prevalence of adverse events in the hospitals of five Latin American countries: results of the “Iberoamerican study of adverse events” (IBEAS). *BMJ Quality & Safety*, 20(12), 1043–1051.
- Allué, N., Chiarello, P., Bernal Delgado, E., Castells, X., Giraldo, P., Martínez, N., Sarsanedas, E., & Cots, F. (2014). Impacto económico de los eventos adversos en los hospitales españoles a partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos. *Gaceta Sanitaria*, 28(1), 48–54.
- Araujo, F. N. F.; Fernandes, M. J. P. Perfil de Cuidadores de Idosos no Brasil. Anais do Congresso Internacional de Envelhecimento Humano (CIEH), 2015 – Vol.2, nº1. ISSN 2318-0854.
- Brennan T. A. et al. Incidência de eventos adversos e negligência em pacientes hospitalizados. *New England Journal of Medicine*, 1991; 324: 370-376.
- Bates, D. W., Spell, N., Cullen, D. J., Burdick, E., Laird, N., Petersen, L. A., Small, S. D., Sweitzer, B. J., & Leape, L. L. (1997). The costs of adverse drug events in hospitalized patients. Adverse Drug Events Prevention Study Group. *JAMA*, 277(4), 307–311.
- Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 01/2015. Orientações gerais para a notificação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde. Brasília, 2015.
- Brasil. Ministério da Saúde. Relatório dos incidentes notificados ao NOTIVISA no Estado do Maranhão, entre março de 2014 e maio de 2019.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1 de abril de 2013. Brasília, 2013.
- Brasil. Ministério da Saúde. RDC No 36, de 25 de julho de 2013. Brasília, 2013.
- Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. Pacientes pela segurança do paciente em serviços de saúde: Como posso contribuir para aumentar a segurança do paciente? Orientações aos pacientes, familiares e acompanhantes/ Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2017.
- Costa, Roberta et al. O legado de Florence Nightingale: uma viagem no tempo. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis: 2009; Out-Dez; 18(4): 661-9. ISSN 0104-0707.
- Couto, R. C.; Pedrosa, T. M. G.; Rosa, M. B. Anuário Erros Acontecem - A força da transparência para o enfrentamento dos eventos adversos assistenciais em pacientes hospitalizados. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. Belo Horizonte, 2016.
- Carmo, R. L.; Camargo, K. C. M. Dinâmica demográfica brasileira recente: padrões regionais de diferenciação. IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Rio de Janeiro, 2018.
- Carvalho, J. A.; Escobar, K. A. A. Cuidador de Idosos: Um Estudo sobre o Perfil dos Cuidadores de Idosos do Programa de Assistência Domiciliar (PAD) da Associação dos Aposentados e Pensionistas de Volta Redonda - AAP-VR. *Revista Científica do ITPAC, Araguaína*, 2015; Janeiro v.8, n.1, Pub.6.
- Campos, E. C.; Cruz S.; Mattos E. D. Perfil de Cuidadores Familiares de Idosos no Município de Jataizinho – PR. *UNOPAR Cient., Ciênc. Biol. Saúde*. 2010; 12(3):57-66.
- Daibert, P. B. Impacto econômico e assistencial das complicações relacionadas à internação hospitalar. 2015. 89f. Dissertação (Mestrado em Infectologia e Medicina Tropical) - Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

- Dallana, T. M.; Batista, M. G. R. Qualidade de Vida do Cuidador durante a Internação da Pessoa Cuidada em Unidade de Urgência/Emergência: alguns fatores associados. *Ciência & Saúde Coletiva*: Rio de Janeiro, 2014; 19(11):4587-4594.
- Dos Santos, I. Q. et al. Comparação De Estratégias Para Detecção De Condições Adquiridas Em Hospital Público Segundo O Sistema De Grupos Diagnósticos Relacionados (DRG). *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*: Belo Horizonte, 2018; v. 7, n. 1, p. 44-55, abril.
- Ervatti, L. R.; Borges, G. M.; Jardim, A. P. Mudança demográfica no Brasil no Início do Século XXI – Subsídios para as Projeções da População. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Rio de Janeiro, 2015.
- Estados Unidos. Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA. Guide to Patient and Family Engagement in Hospital Quality and Safety. Content last reviewed December 2017. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD.
- European Commission. Eurobarometer qualitative study: patient involvement. Brussels: Directorate - General for Health and Consumers; 2012.
- Fundação Oswaldo Cruz (Brasil). Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.
- Gottschall, C.A.M. Medicina hipocrática: antes, durante e depois. Porto Alegre: Stampa, 2007. 64 p.: il. pub.; 21 cm. – (Coleção Cremers).
- Gallant, M. P.; Connell, C. M. Predictors of Decreased Self-Care among Spouse Caregivers of Older Adults with Dementing Illnesses. *Journal of aging and health*, 1997. 373-95.
- Gutierrez B.; Fratezi F.R. Cuidador familiar do idoso em cuidados paliativos: o processo de morrer no domicílio. *Ciência Saúde Coletiva*. 2011; 16(7):
- Gadelha, G. O. et al. Factores de riesgo para óbito en pacientes con eventos adversos no infecciosos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, 2018. v. 26, e3001.
- Hibbard J; Green J. What the evidence shows about patient activation: better health outcomes and care experiences; fewer data on costs. *Health Aff*. 2013; 32:2207-14.
- Kohn L, C. J.; Donaldson M.; To Err is human: Building a Safer Health System. Washington, DC: Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine: National Academy Press, 2000.
- Karsch, U. M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2003; v. 19, n. 3, p. 861-866, junho.
- Makary, M. A.; Daniel, M. Medical error - the third leading cause of death in the US. *BMJ*, 2016; v.353, n.2139, p.1-5.
- Martins, M. et al. Hospital deaths and adverse events in Brazil. *BMC Health Services Research*, 2011. v.11, p.223.
- Maia, C. S. et al. Notificações de eventos adversos relacionados com a assistência à saúde que levaram a óbitos no Brasil, 2014-2016. *Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde*: Brasília, 2018. Junho vol.27, n.2, e2017320. Epub. ISSN 1679-4974.
- Maroco, J.; Garcia-Marques, T. Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*: Lisboa, 2006; v. 4, n. 1, p. 65-90.
- Martin, H. M.; Larsen J. Patient involvement in patient safety: a literature review about European primary care. Copenhagen. The Danish Institute for Health Services Research for The Danish Society for Patient Safety and the LINNEAUS EURO-PC Project. Janeiro, 2012.
- Mendes, W. et al. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. *International Journal for Quality in Health Care*, 2009; Volume 21, Number 4: pp. 279–284.
- Nina, V. J. S. et. al. Pre-validation Study of the Brazilian Version of the Disruptions in Surgery Index (DiSI) as a Safety Tool in Cardiothoracic Surgery. *Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular/Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery*, 2017; 32.
- Oliveira, P. P. et al. Conhecimento do Cuidador sobre Prevenção de Quedas em Idosos. *Revista de enfermagem da UFPE*: Recife, 2016; FEV 10(2):585-92.
- Paranagua, T. T. B. et al. Prevalence of no harm incidents and adverse events in a surgical clinic. *Acta paulista de Enfermagem*: São Paulo, 2013. v. 26, n. 3, p. 256-262.
- Pavão, A.L.B. et al. Estudo de incidência de eventos adversos hospitalares. Rio de Janeiro, Brasil: avaliação da qualidade do prontuário do paciente. *Revista Brasileira de Epidemiologia*: São Paulo, 2011; v. 14, n. 4, p. 651-661, dezembro.
- Pedrosa T.M.G.; Couto R.C. Erros e eventos adversos na assistência médico hospitalar. *Revista Médica de Minas Gerais*: Belo Horizonte, 2014, 24(2): 215-222.
- Porto S. et al. A magnitude financeira dos eventos adversos em hospitais no Brasil. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2010; Vol Temat (10):3-10.
- Presidência Da República. Casa Civil. Lei n. 8080/90, de 19 de setembro de 1990 (BR). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília (DF): Diário Oficial da União; 1990.
- Resta D. G., Budó M. L. D. A cultura e as formas de cuidar em família na visão de pacientes e cuidadores domiciliares. *Acta Scientiarum, Health Sciences*. 2004; 26(1):53-60.
- Roque, K. E.; Tonini, T.; Melo, E. C. P. Eventos adversos na unidade de terapia intensiva: impacto na mortalidade e no tempo de internação em um estudo prospectivo. *Caderno de Saúde Pública*: Rio de Janeiro, 2016; v. 32, n. 10, e00081815, Outubro.
- Sexton, J. B.; Thomas, E. J.; Helmreich, R. L. Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys. *BMJ*, 2000; v. 320 (p. 745).

- Sousa, Paulo (Org.) *Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras.* / organizado por Paulo Sousa e Walter Mendes. — Rio de Janeiro, EAD/ENSP, 2014. Norma do Sistema de Comando da Aeronáutica (NSCA), 2013.
- Santos, G. S.; Cunha, I. C. K. O. *Perfil Sociodemográfico de Cuidadores Familiares de Idosos Residentes em uma área de abrangência da Estratégia Saúde da Família no município de São Paulo.* Saúde Coletiva, 2013.
- Souza, I. C. P. et al. *Perfil de pacientes dependentes hospitalizados e cuidadores familiares: conhecimento e preparo para as práticas do cuidado domiciliar* Revista Mineira de Enfermagem: Belo Horizonte, 2014; jan/mar; 18(1): 164-172.
- Studdert, D. M. et al. *Claims, Errors, and Compensation Payments in Medical Malpractice Litigation.* New England Journal of Medicine, 2006; May 11, 354(19):2024.
- Silva, A. C. A. et al. *A Segurança do Paciente em Âmbito Hospitalar: Revisão Integrativa da Literatura.* Cogitare Enfermagem. 2016; v. 21 n. esp: 01-09.
- Tase, T. H. et al. *Identificação do Paciente nas Organizações de Saúde: Uma Reflexão Emergente.* Revista Gaúcha de Enfermagem: Porto Alegre, 2013; v. 34, n. 3, p. 196-200, setembro.
- Tase, T. H.; Quadrado, E. R. S.; Tronchin D. M. R. *Evaluation of the risk of misidentification of women in a public maternity hospital.* Revista Brasileira de Enfermagem, 2018;71(1):120-5.
- Villar Davila, R. et al. *Qué hace el cuidador familiar en el hospital: Cómo se ve a sí mismo y cómo lo ven los profesionales.* Gerokomos. Barcelona, 2012; v.23, n. 1, p. 7-14, março.
- Wyer M. et al. *Involving patients in understanding hospital infection control using visual methods.* Journal of Clinical Nursing, 2015; 24(11–12):1718–1729.
- Watson J. *Enfermagem. Ciência Humana e Cuidar. Uma teoria de enfermagem.* Camarate (PT): Lusociência; 2002.
- WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care (OMS, 2009).
- Wachter Robert M. *Compreendendo a segurança do paciente.* 2a ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.