



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

GABRIELA DO ROSÁRIO PALOSKI

JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE E DO ERRO ASSISTENCIAL: compreensão de
estudantes de enfermagem, medicina e direito

RIO GRANDE

2019

GABRIELA DO ROSÁRIO PALOSKI

JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE E DO ERRO ASSISTENCIAL: compreensão de
estudantes de enfermagem, medicina e direito

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), do
Curso de Graduação em Enfermagem da
Universidade Federal de Rio Grande. Linha de
pesquisa: Ética, Educação e Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dra. Jamila Geri
Tomaschewski Barlem

RIO GRANDE

2019

DEDICATÓRIA

A **Deus**, primeiramente, por me guiar a cada passo desta minha trajetória acadêmica, me mostrando o caminho certo por onde seguir, pela oportunidade de crescimento dentro da profissão que tanto tenho orgulho.

A minha mãe, irmão e tia, **Soeli, Bruno e Terezinha**, pelos incansáveis sacrifícios para que essa conclusão de curso fosse possível, sempre incentivando para o meu crescimento dentro da profissão.

A todos meus tios, tias, primos por sempre estarem presentes comigo e me apoiarem ao longo desses anos. Principalmente as minhas tias enfermeiras **Lenir, Dorildes, Ires** e minha prima **Leticia**, por serem meu espelho profissional. Agradeço a vocês por sempre amparar a mim e a minha família e sempre se manterem presentes em nossas vidas. Dedico a vocês.

A minha orientadora **Jamila Geri Tomaschewski Barlem**, pelo comprometimento comigo e por estar sempre presente nos piores e melhores momentos da minha trajetória acadêmica, desde o início me apoiando. Admiro a profissional que és. Agradecida pela oportunidade de crescimento, a minha dedicatória a ti, professora.

AGRADECIMENTOS

Em especial a minha orientadora professora Doutora **Jamila Geri Tomaschewski Barlem**, por todos os ensinamentos, pela oportunidade de crescimento, incentivo, por toda atenção e comprometimento com o meu trabalho de conclusão de curso e pela paciência. Meu agradecimento e homenagem.

À **Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande – FURG**, responsável pela minha formação, aos meus professores, mestres e doutores, o meu muito obrigado, por me acolherem muito bem ao longo desses anos. Gratidão em fazer parte da FURG.

À **banca examinadora**, por todas as ricas contribuições para que este trabalho fosse realizado com sucesso e para construção do meu conhecimento.

A minha mãe **Soeli**, por sempre me incentivar e apoiar durante a minha formação, por toda dedicação, amor, carinho e respeito pela minha profissão e demais escolhas.

Ao meu irmão **Bruno**, por estar comigo sempre em momentos difíceis e felizes, comemorando um a vitória do outro. Obrigada por tudo.

A todos os **familiares, amigos e colegas**, que sempre torceram e torcem por mim, sempre incentivando ao crescimento pessoal e profissional.

A todos os **amigos e conhecidos de Rio grande**, por me receberem e me acolherem tão bem nesses anos, obrigada por todo carinho e ajuda.

Ao **Luiz**, por estar sempre comigo dividindo momentos felizes e difíceis. Meu amigo, companheiro, obrigado pela fidelidade, pelo apoio, compreensão e por sempre impulsionar meu crescimento na profissão. Agradeço por tudo.

Aos demais que não constam o nome nessa lista, mas vivenciaram e vivenciam esse sonho comigo, agradeço imensamente.

RESUMO

PALOSKI, Gabriela do Rosário. **Judicialização da saúde e do erro assistencial: compreensão de estudantes de enfermagem, medicina e direito.** 75fls. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso – Escola de Enfermagem – FURG. Rio Grande, RS.

As discussões sobre a judicialização da saúde e do erro assistencial na formação profissional podem contribuir para uma formação em direito mais crítico-reflexiva, com melhor discernimento sobre os processos jurídicos, e uma formação em enfermagem e medicina mais ética e com uma visão mais holística, diminuindo a violação de direitos. O objetivo geral deste estudo foi analisar a compreensão dos estudantes de Enfermagem, Medicina e Direito acerca da judicialização da saúde e do erro assistencial. Tratou-se de um estudo de caráter metodológico e quantitativo, exploratório e descritivo que foi realizado com 117 estudantes do quinto ano dos cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Direito da Universidade Federal do Rio Grande, por meio da aplicação de um questionário com 25 questões elaboradas e validadas nesse estudo. A coleta de dados ocorreu no mês de março a maio de 2019. Utilizaram-se as etapas propostas por DeVellis para elaboração do instrumento. A partir da análise fatorial foram obtidos seis constructos: direito à saúde; formação dos profissionais do direito; formação dos profissionais de enfermagem e medicina; erro profissional; cultura de segurança; acesso a leitos e medicamentos de alto custo. O processo de análise dos dados foi a partir do software estatístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versão 22.0, por meio de estatística descritiva. Foram respeitados os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, conforme a Resolução 466/2012 e obteve-se aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da área da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande sob o parecer 124/2018; CAAE: 03580918.3.0000.5324. Os resultados foram apresentados na forma de um artigo intitulado “Judicialização da saúde e do erro assistencial: compreensão de estudantes de enfermagem, medicina e direito”. Foi verificado que os estudantes concordam que todas as pessoas possuem o direito à saúde, sendo dever do Estado efetivar este direito, especialmente, no que se refere ao acesso as ações e serviços de saúde. Contudo, não concordam e nem discordam acerca das reivindicações para garantia de medicamentos de alto custo e leitos de internação, considerando a intervenção do Estado e os impactos financeiros. Os estudantes discordam que os profissionais competentes e cuidadosos não cometem erros e que os mesmos devem ser afastados de suas atividades profissionais quando cometem uma falha no desempenho das atividades. Entretanto, não concordam nem discordam em relação à necessidade de uma cultura de segurança para melhoria da atenção em saúde. Dessa forma, conclui-se que avaliar a compreensão dos estudantes em relação à judicialização da saúde e do erro assistencial é uma forma de investigar se os estudantes da saúde estão preparados para lidar com questões jurídicas e se os alunos do direito conseguem lidar com processos que tangem a saúde, considerando que o estudante de hoje será o profissional de amanhã e que, posteriormente, esse estudante tende a reproduzir, em suas práticas profissionais futuras, o mesmo modelo vivenciado durante sua graduação.

Palavras-chave: Judicialização em Saúde; Segurança do Paciente; Estudantes de Enfermagem; Estudantes de Medicina; Estudantes de Direito.

ABSTRACT

PALOSKI, Gabriela do Rosário. **Judicialization of health care and assistential error: nursing, medicine and law students' understanding.** 75 fls. 2019. Undergraduate thesis – Nursing School – FURG. Rio Grande, RS.

The discussion about the judicialization of health care and the mistake in vocational training can contribute to a more critical and reflexive legal education with better discernment about legal processes and a more holistic and ethical nursing education and medicine, reducing the rights violation. The general objective of this study was to analyze the students' understanding of Nursing, Medicine and Law about judicialization of health and assistential error. The study is structured methodological, quantitative, exploratory and descriptively, which was made with 117 students of the fifth period of Nursing school graduation, Medical, and Law School of Universidade Federal do Rio Grande, through the application of a questionnaire with 25 questions elaborated and validated in this study. The schedule proposed by DeVellis were used for the elaboration of the present instrument. The data collection process was from March to May 2019. The analysis was based on SPSS statistical software (Statistical Package for Social Sciences) version 22.0, using descriptive statistics. Ethical aspects of the reasearch involving human beings have been followed, according to Resolution 466/2012, being approved by the Committee of the Health Research area of Universidade Federal do Rio Grande, under the 124/2018. CAAE: 03580918.3.0000.5324. The results were presented in form of an article titled "Judicialization of health and care and assistential error: nursing, medical and law students' understanding". It was verified that the students agree that all people have the right to health, being the duty of the State to implement this right, especially, regarding access to health actions and services. However, they do not agree or disagree about the claims to guarantee high cost medications and hospitalization beds, considering the intervention of the State and the financial impacts. Students disagree that professionals should be punished for a failure performing professional activities, but do not agree or disagree on the need for a safety culture to improve health care. Thus, it is concluded that in assessing students' understanding of health judicialization and assistential error is one way to investigate whether these health students are prepared to deal with legal issues and whether law students are able to deal with health lawsuits, considering that the student of today will be the professional of tomorrow and that later this student tends to reproduce, in his future professional practices, the same model experienced in college.

Keywords: Judicialization in Health; Patient safety; Nursing students; Medical students; Students of Law.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 OBJETIVO	13
2.1 OBJETIVO GERAL	13
2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO	13
3 REVISÃO DE LITERATURA	14
3.1 DIREITO À SAÚDE: caminhos e desafios da Judicialização	14
3.2 SEGURANÇA DO PACIENTE NOS DIFERENTES NÍVEIS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE: A Judicialização do erro.....	19
4 METODOLOGIA	26
4.1 ESTUDO METODOLÓGICO.....	26
4.1.1 Elaboração da escala	26
4.2 ESTUDO QUANTITATIVO	33
4.2.1 Local do estudo	33
4.2.2 Participantes do estudo	34
4.2.3 Coleta de dados	36
4.2.4 Análise de dados	36
4.3 ASPECTOS ÉTICOS.....	36
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	38
6 CONCLUSÃO	57
REFERÊNCIAS	58
APÊNDICE A INSTRUMENTO DA COLETA DE DADOS	65
APÊNDICE B TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	70
APÊNDICE C SOLICITAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA	71
APÊNDICE D SOLICITAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA	72
APÊNDICE E SOLICITAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA	73
ANEXO A- PARECER DO CEPAS	74

1 INTRODUÇÃO

O processo de judicialização vem sendo utilizado como forma dos indivíduos assegurarem seus direitos recorrendo ao Poder Judiciário quando esses não são efetivados, podendo ocorrer tanto de maneira individual quanto coletiva (OLIVEIRA et al., 2015). Especificamente no campo da saúde, a judicialização ganhou notoriedade por volta da década de 1990, em virtude do aumento do número de processos judiciais voltados para solicitação de medicamentos para o tratamento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), o que tem gerado discussões e atenção tanto do Poder Judiciário como do setor Político até os dias atuais (MONTEIRO; CASTRO, 2013).

Logo, a judicialização em saúde pode ser definida como um conjunto de reivindicações por parte dos cidadãos ao Poder Judiciário, a fim de garantir direitos e bens. Essas reivindicações podem estar relacionadas com a obtenção de medicamentos de alto custo, acesso a um determinado serviço de saúde, entre outras demandas garantidas pelo princípio do direito a saúde (DINIZ; MACHADO; PENALVA, 2014). Além disso, podem estar relacionadas também aos erros cometidos por profissionais da saúde que podem gerar danos aos pacientes (BRASIL, 2013).

As ações judiciais no campo da saúde provocam inúmeras tensões no dia a dia dos profissionais de saúde, visto que a atuação de instâncias e indivíduos que não fazem parte dos serviços de saúde pode alterar negativamente a rotina de trabalho. Muitas vezes, estas modificam os protocolos presentes nas instituições que se destinam a oferecer um tratamento universal e igualitário a todos os usuários que possuem necessidades semelhantes, e não voltados em imposições de profissionais que não possuem competência técnica, assim como não vivenciam a realidade das organizações em saúde (RAMOS et al., 2017).

Todavia, a judicialização também tem sido vista como uma aliada ao Sistema Único de Saúde (SUS). Até mesmo, é defendida a ideia de apoiar a judicialização no que se refere ao direito à saúde a todos, especialmente quando o SUS encontra-se ameaçado pelos interesses privados (CARVALHO; DAVID, 2013).

Em circunstâncias nas quais os indivíduos que usam os Sistemas de Saúde, sejam públicos ou privados, ficam insatisfeitos, as prestações judiciais podem se

mostrar necessárias. Desta maneira, a judicialização ocorre quando há violação do direito à saúde ou em situações que comprometam a segurança do paciente, como a ocorrência de erros por parte dos profissionais de saúde e instituições (SANTOS et al., 2018; TRAVASSOS et al., 2013).

No que se refere à violação do direito à saúde, cabe inicialmente discutir as questões relacionadas ao conceito e às políticas de saúde. O conceito de saúde começou a ser difundido somente em 1946, quando a Organização Mundial da Saúde (OMS) conceituou saúde como sendo “estado completo de bem estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidades”.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 e o Protocolo sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais de 1988 consideram a saúde uma condição essencial à dignidade humana, que está totalmente relacionada com as condições socioambientais e econômicas do indivíduo, sendo dever do Estado dar condições progressivas para garantia desse direito (TRAVASSOS et al., 2013).

No Brasil, somente após a Constituição Federal da República de 1988, que a saúde passou a ser garantida como um direito da população, assegurando desta maneira como um direito igualitário e universal (CALLIARI; TEIXEIRA, 2017). O direito à saúde é reconhecido como direito humano fundamental à preservação da vida, por isso, acredita-se que o direito à saúde é uma obrigação moral e legal de ser cumprido (VENTURA et al., 2010).

O artigo 196 da Constituição Federal de 1988 prevê que o Estado deve garantir o direito à saúde através da realização de políticas econômicas e sociais que visem à diminuição do risco de doenças e agravos (BRASIL, 1988). Nesse contexto, o SUS surgiu no cenário sanitário brasileiro com o propósito de modificar questões de desigualdades ocorridas na assistência à saúde aos cidadãos, sendo criado com a intenção de garantir o direito universal e integral da saúde ao indivíduo (RAMOS et al., 2017).

Assim sendo, o direito à saúde como dever do Estado faz com que os governos fiquem encarregados pela prevenção, tratamento e controle de doenças. Também são responsáveis pela criação de estratégias que asseguram o acesso livre aos serviços de saúde (TRAVASSOS et al., 2013). A judicialização tem sido utilizada como uma maneira rápida de garantir os direitos constitucionais. No ano de 2015, o Juiz Federal Clenio Jair Schulze, publicou um relatório onde mostra que no decorrer deste mesmo ano foram efetuados 854.506 processos relacionados à

saúde, sendo desses, 815.696 ligados ao acesso às ações e serviços do Sistema Único de Saúde, como por exemplo, obtenções de medicamentos, acesso a serviços de saúde, a tratamento médico-hospitalar, entre outros (SCHULZE, 2016).

Em relação à judicialização em virtude de incidentes com dano ao paciente, é notório o crescimento do número de ações relacionadas à assistência à saúde no Poder Judiciário, dado que, nos últimos 12 anos, teve um aumento no número de ações judiciais envolvendo erros e eventos adversos (EAs)¹. Entre os estados com maiores volumes de processos judiciais temos o Rio de Janeiro com 25,69%, São Paulo com 19,27%, Rio Grande do Sul com 15,92%, Paraná com 6,7% e Minas Gerais com 6,14%. Entre o período de 2001 a 2011, o número de condenações envolvendo profissionais médicos foi de 180 (PINHEIRO, 2017). Além dos médicos, outros profissionais da saúde como os Enfermeiros também sofrem processos judiciais, esses, muitas vezes estão relacionados com erros na terapêutica medicamentosa (PRESTE; PAZÓ, 2014).

Os processos judiciais que envolvem profissionais da saúde geram ações de responsabilidade civil. A palavra responsabilidade civil está relacionada à ideia de compensação, ou seja, possui como objetivo indenizar a vítima pelos prejuízos causados, além de realizar novas condutas que visem evitar novos prejuízos (CAMPANELLA, 2015).

A tendência para o crescimento de processos judiciais envolvendo organizações e profissionais de saúde podem ser justificadas por mudanças na pirâmide demográfica, onde nota-se um aumento da longevidade da população, pela atual conjuntura brasileira, onde há corte nas despesas, a qual favorece a ocorrência de eventos adversos, pois tem uma diminuição nos recursos humanos e materiais, e também por surgimento de novas tecnologias e medicamentos diferenciados, que possui efeitos não esperados ou que apresentam elevados riscos (SOUZA; MENDES, 2014). Uma das recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) é que a temática segurança do paciente seja inclusa nas grandes curriculares de todos os cursos de graduação da área da saúde, tendo em vista que os profissionais da saúde são preparados para acertar o tempo todo, pois partem da ideia de que o trabalho executado será ausente de erros, incorporando assim a noção de que errar é algo inadmissível (WEGNER et al., 2016). Desta maneira, a

¹Eventos adversos: São incidentes que resultam em danos ao paciente (BRASIL, 2013).

segurança do paciente pode ser entendida como diminuição do risco de danos evitáveis a um valor mínimo aceitável relacionado aos cuidados em saúde; significa diminuir a ocorrência de ações inseguras na assistência de modo a melhorar as práticas desenvolvidas pelos profissionais, com o intuito de conseguir resultados admissíveis ao paciente (SILVA et al., 2017).

Um estudo realizado em 2008 evidenciou que tanto os estudantes do curso de Medicina quanto os estudantes do curso de Direito negam aptidão dos profissionais médicos em interpretar o erro médico do ponto de vista jurídico e dos profissionais de direito para interpretar o erro do ponto de vista técnico (NETO et al., 2011). Nesse sentido, alguns autores questionam a legitimidade e a competência técnica do poder judiciário em decidir questões de judicialização relacionadas ao âmbito da saúde (NETO, 2017; VENTURA et al., 2010).

Assim, uma maneira de reduzir o número de ações judiciais ligados à saúde e ocorrências de danos causados nos pacientes é abordar as temáticas sobre segurança do paciente e judicialização em saúde desde a formação dos estudantes de enfermagem, medicina e do direito (OATES et al., 2018; SOUZA et al., 2018; WEGNER et al., 2016). Logo, realizar estudos que visam à reflexão dos profissionais de enfermagem, medicina e direito acerca do tema judicialização em saúde constitui-se uma forma de reafirmar os valores primordiais de profissões que buscam o bem estar e o potencial humano e contribuem com questões humanas básicas (CARVALHO; DAVID, 2013).

Discutir questões de judicialização na formação profissional pode contribuir para uma formação em direito mais crítico-reflexiva, com melhor discernimento sobre os processos jurídicos, e uma formação em enfermagem e medicina mais ética e com uma visão mais holística, diminuindo a violação de direitos (NETO et al., 2011). Desta forma, é notável a importância de abordar a judicialização em saúde com os estudantes da enfermagem, medicina e do direito desde o início da formação, visto que esses serão os profissionais responsáveis por realizar decisões que envolvem as necessidades de saúde da população, bem como encarregados de avaliar a oferta de serviços prestados (CARVALHO; DAVID, 2013).

Dessa forma, o presente estudo **justifica-se** em virtude da escassez de pesquisas que abordem a temática judicialização em saúde e do erro assistencial na formação de estudantes de enfermagem, medicina e direito. Torna-se importante analisar o que os estudantes da enfermagem e medicina entendem por

judicialização em saúde, a fim de investigar se esses estudantes estão preparados para lidar com questões jurídicas e se os alunos do direito conseguem lidar com processos que tangem a saúde. Configurou-se como **questão de pesquisa**: qual a compreensão dos estudantes de enfermagem, medicina e direito acerca da judicialização em saúde e do erro assistencial?

2 OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a compreensão dos estudantes de Enfermagem, Medicina e Direito acerca da judicialização da saúde e do erro assistencial.

2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

Elaborar e validar um instrumento que permita analisar a compreensão dos estudantes de enfermagem, medicina e direito acerca da judicialização da saúde e do erro assistencial.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 O DIREITO À SAÚDE: caminhos e desafios da judicialização

O direito a saúde começou a ser reconhecido e discutido mundialmente a partir da definição do conceito de Saúde em 1946, realizada pela OMS, na qual a saúde compreende “um estado completo de bem-estar físico, mental e social e não apenas na ausência de enfermidades” (OMS, 1946). Desta maneira, este direito passou a se tornar fundamental ao indivíduo, considerando a importância de integrar o ser humano na sociedade. Assim, o direito à saúde passou a ser inserido como garantia aos povos pelos governos em tratados internacionais (TRAVASSOS et al., 2013).

A Organização das Nações Unidas (ONU) em 1948 também menciona o direito à saúde a todos os seres humanos através da Declaração Universal dos Direitos Humanos (NORONHA; PEREIRA, 2013). No artigo 25 da Declaração é exposto que:

Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade (ONU, 1948).

No Brasil, a saúde passou a ser reconhecida como um direito de todos e dever do Estado através da Constituição Federal de 1988. No artigo 196 é referido que o Estado deve prover o direito à saúde e este é “garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário a ações e serviços” (BRASIL, 1988). Deste modo, o Estado torna-se o principal responsável pela proteção da saúde individual e coletiva e de providenciar meios para o cuidado de toda a população. Além disso, o direito à saúde incluiu a oferta de serviços e insumos de assistência à saúde (VENTURA et al., 2010).

O Brasil possui um sistema em que é assegurado a proteção dos direitos humanos considerando tanto o ordenamento jurídico do país quanto às normas jurídicas criadas em tratados internacionais. A saúde foi adotada como direito primordial ao ser humano na Constituição Federal, visto que o princípio da dignidade

humana é elemento base do Estado, garantindo ainda a não violação do direito à vida (TRAVASSOS et al., 2013).

O artigo 5 da Constituição Federal considera que: “ todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade ” (BRASIL, 1988). Além disso, a Constituição Federal Brasileira de 1988 constitui-se em um importante marco histórico para a criação do SUS.

Nesse sentido, o SUS surgiu em 1988 como uma proposta capaz de modificar questões de desigualdades ocorridas na assistência à saúde aos cidadãos, visando garantir o direito universal e integral da saúde ao indivíduo (RAMOS et al., 2017). Com a finalidade de coordenar, organizar, sistematizar e executar as ações em saúde no país, o SUS apresenta três pilares bases: à Universalização, Integralidade e a Equidade (SANTOS et al., 2018).

Entre os princípios norteadores do SUS, a Universalização garante o atendimento acesso à saúde a todos os cidadãos, sem a obrigação do indivíduo comprovar carência de recursos para ter acesso gratuito ou quando ha inexistência desses serviços na rede complementar. Já a equidade considera as necessidades de saúde de cada localidade, favorecendo a redução das desigualdades em saúde. Por fim, a integralidade fomenta a visualização do ser humano de forma holística, através de ações curativas, de prevenção e reabilitadoras (ZAGANELLI; PIVA, 2017).

Os objetivos proposto pelo SUS são definidos com mais clareza na Lei Orgânica de Saúde nº 8.080. A lei dispõe sobre a promoção e organização dos serviços de saúde no Brasil e incentiva a criação de políticas públicas que reforcem o direito à saúde a todos os cidadãos (CARVALHO; DAVID, 2013). Além disso, tal lei define os objetivos do SUS, os quais são: identificar e divulgar os condicionantes e determinantes da saúde; formular a política de saúde para promover os campos econômico e social, para diminuir o risco de agravos à saúde; fazer ações de saúde de promoção, proteção e recuperação integrando ações assistenciais e preventivas (CARVALHO, 2013).

Como já citado, a Lei nº 8.080, regulamenta o SUS, o qual é encarregado de garantir o acesso à saúde a todos indivíduos brasileiros. No entanto, o SUS é um sistema, em outras palavras, é um conjunto de partes que se mantém alinhado entre

si, atuando como uma estrutura organizada, a qual leva em consideração os princípios e diretrizes previamente estabelecidas. É uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços e ações de saúde, mediante da qual o Poder Público busca cumprir o seu dever em prestar atendimento à saúde a toda população brasileira conforme garantido na Constituição de 1988 (ANDRADE, 2019).

Ainda que o SUS vise garantir o direito à saúde a toda população, este vem enfrentando diversos obstáculos desde a sua criação, e o direito a saúde a todos os indivíduos nem sempre é respeitado, aumentando assim, a recorrência dos cidadãos ao Judiciário para garantir esse direito ao acesso e as demandas de saúde previstas em lei. Deste modo, o fato dos indivíduos recorrerem ao Judiciário para ter acesso ao que está constitucionalmente garantido caracteriza-se como um paradoxo quando se analisa a interferência do Judiciário e Executivo no que tange os rumos da política de saúde do Brasil (RAMOS et al., 2016).

Por isso, o cuidado para garantir o direito à saúde a todos os cidadãos necessita de esforços advindo de todos os profissionais de saúde, de modo que a assistência à saúde, a prevenção e a recuperação de agravos sejam todos baseados nos princípios norteadores do SUS, os quais são essenciais para a melhoria das condições de vida dos indivíduos brasileiros. Entre estes profissionais, destaca-se a Enfermagem, sendo o grupo de profissionais predominantes no atendimento dos usuários do SUS, desempenhando um papel fundamental para garantia ao acesso integral à saúde (COFEN, 2016).

Quando o direito à saúde é violado, a população brasileira pode reivindicar ao Poder Judiciário a garantia e promoção desse direito sustentado nas leis internacionais e nacionais. Este é um fenômeno denominado Judicialização em saúde, o qual abrange aspectos políticos, sociais, éticos e sanitários (VENTURA et al., 2010).

No início da década de 1990, a grande busca pelo judiciário se dava em função ao acesso a medicamentos, como os antirretrovirais e também, pela necessidade de realizar procedimentos médicos de alta complexidade. As reivindicações vinham por parte das pessoas vivendo com vírus da imunodeficiência humana (HIV) que se fundamentavam no direito à saúde, considerando o dever do estado de prestar assistência individual e coletiva (OLIVEIRA et al., 2015).

Desse modo, a judicialização da saúde pode ser entendida como uma questão ampla e variada de reclame de bens e direitos ao judiciário. Esses reclames

estão voltados para o fornecimento de medicamentos de alto custo, instalações, assistência em saúde, como por exemplo, conseguir um tratamento para uma determinada doença, entre outras necessidades a serem protegidas pelo princípio do direito a saúde (DINIZ; MACHADO; PENALVA, 2014).

Os processos jurídicos ligados à saúde vêm crescendo nos últimos anos e isso gera grande impacto financeiro ao país. Segundo o MS e a Consultoria Jurídica mais de 1 bilhão de reais são gastos para atender a 4.855 pacientes e autores de processos judiciais, cerca de R\$ 845.175.420,03 foram destinados para o atendimento de uma parcela específica de 1.174 pacientes. Isto é, na judicialização, 24% das demandas consumiram 77% dos recursos públicos do Brasil (BRASÍLIA, 2017). Segundo uma notícia publicada, o ano de 2017 foi concluído cerca de 1,5 milhão de processos judiciais acerca de temas relacionados à saúde (MUNIZ, 2017).

O Conselho Nacional de Justiça realizou uma pesquisa em seis tribunais estaduais localizados no Brasil e constatou que no ano de 2011 foram julgados 7.469.242 processos. No que diz a respeito a novos processos, os números são bem elevados, representando 8.768.738 novos processos (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2015). Num relatório efetuado no ano de 2015, pelo Juiz Federal Clenio Jair Schulze, consta que nesse mesmo ano mais de 854.000 processos judiciais ligados à saúde, sendo desses, 200.090 ligados ao fornecimento de medicamentos, 61.655 a serviços de saúde, 60.696 ao tratamento médico-hospitalar e 38.810 relacionados ao erro médico (SCHULZE, 2016).

A maioria dos processos judiciais se baseia em prescrições médicas e a urgência em obter determinado insumo, como medicamentos de alto custo ou para obtenção de medicamentos que não são fornecidos gratuitamente pelo SUS e para demandas ambulatoriais, como necessidade de realizar um exame diagnóstico ou procedimentos terapêuticos (VENTURA et al., 2010). Os elevados custos de novos medicamentos afetam a assistência farmacêutica do SUS, ao passo que as ações judiciais obrigam o fornecimento dessas medicações pelos órgãos públicos, baseados na premissa constitucional de acesso universal à saúde. Através dessas ações, o judiciário favorece a inserção de medicamentos não padronizados no SUS, assim como daqueles que não estão presentes nos protocolos elaborados pelo Ministério da saúde (CAMPOS et al., 2012).

Do mesmo modo, também é crescente o requerimento de leitos de internação, especialmente os leitos de unidades de terapia intensiva e de

procedimentos cirúrgicos. O sistema de saúde fornece, de forma universal, os recursos, contudo, os recursos fornecidos não conseguem atender as demandas de todos os usuários (GOMES et al., 2014).

Quando os leitos são requisitados na justiça, nem sempre os critérios para obtenção do leito são respeitados (paciente com grau de risco de vida bastante comprometido), dado que esses pedidos estão relacionados a profissionais que não vivenciam o ambiente das instituições de saúde e até mesmo ao desejo dos familiares que acreditam que nesses ambientes de internação o paciente será assistido de melhor forma (RAMOS et al., 2016).

Ao se utilizar a via judicial como principal meio para garantir o acesso, o sistema judiciário passa a se tornar mais uma porta de entrada ao sistema de saúde, corrompendo assim com as bases teóricas e conceituais que norteiam o acesso ao sistema de saúde do Brasil (RAMOS et al., 2016). A judicialização em saúde está favorecendo a criação de um SUS de duas portas: uma destinada para a população que recorre ao Judiciário e obtém acesso a recursos do estado para atendimento de seus problemas de saúde, e outra voltada para o restante dos cidadãos, que acabam ficando com o acesso mais limitado ainda, em virtude desse redirecionamento de recursos para o beneficiamento dos indivíduos que acabaram acessando a porta alternativa (FERRAZ; WANG, 2014).

Com a judicialização os princípios norteadores do SUS acabam sendo descaracterizados. O princípio da integralidade é interferido quando as ações judiciais não levam em consideração o contexto social do solicitante, sendo que algumas vezes o problema não corresponde somente à esfera da saúde e sim a outras áreas. Além disso, o princípio da universalidade também é afetado, visto que as demandas judiciais garantem o acesso à saúde, porém essas ações visam o atendimento majoritariamente individual, descumprindo assim as premissas estipuladas pelo SUS. Sem contar que a equidade na judicialização também se distorcia dos preceitos elencados pelo SUS, uma vez que as decisões judiciais perpetuam ainda mais as desigualdades em saúde, dado que é apenas o grupo de indivíduos que recorreram ao Judiciário tem garantia ao acesso ao recurso solicitado (RAMOS et al., 2017).

Assim, a judicialização em saúde, por um lado, possibilita a efetivação do direito à saúde, porém, por outro, acaba tornando-se um risco para a política pública

de saúde do Brasil, caso não sejam empregados critérios bem elaborados em relação à obtenção desses acessos (DINIZ; MACHADO; PENALVA, 2014).

3.2 SEGURANÇA DO PACIENTE NOS DIFERENTES NÍVEIS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE: A Judicialização do erro

A temática segurança do paciente vem sendo discutida desde o século XX e ganhou mais relevância nos últimos anos, visto que os erros ocorrem em todos os níveis de atenção a saúde. Entende-se como segurança do paciente a diminuição do risco de danos dispensáveis associados aos cuidados em saúde, para um pequeno valor aceitável (WHO, 2009).

Os danos causados nos pacientes podem gerar várias consequências como lesões, surgimento de doenças e incapacidades, podendo levar a ocorrência de sofrimento e até mesmo a morte (ANVISA, 2015). Dessa forma, conhecer esse tema é essencial para os profissionais que buscam aprimorar a assistência para assim ofertar um cuidado mais seguro (PEÑA et al., 2015).

Desde antigamente a qualidade em segurança do paciente é considerada foco de vários estudiosos. Hipócrates, que é considerado o pai da medicina escreveu a ilustre frase em latim: “Primum non nocere”, que apresenta como tradução “primeiro não causar dano” (NASCIMENTO; DRAGANOV, 2015). Outros pesquisadores evidenciam Florence Nightingale, que em 1854 na Guerra da Crimeia defendia a ideia de exercer um cuidado de enfermagem com embasamento teórico-prático e responsabilidade, visando assim realizar um cuidado de enfermagem de qualidade com intuito de evitar erros (COSTA et al., 2016).

Em 1999, o tema fortaleceu-se, com base na publicação do Instituto de Medicina (IOM) dos Estados Unidos denominada Errar é Humano: Construindo um Sistema de Saúde Mais seguro (To Err is Human: Building a Safer Health System), que abordou dados de pacientes norteamericanos que sofreram problemas devido a danos causados na assistência a saúde (SOUSA; MENDES, 2014). Diante do exposto, em 2002, a OMS, disposta a diminuir os riscos e danos evitáveis causados ao paciente, aconselhou que todos os países estabelecessem medidas e técnicas que visassem à promoção de assistência segura (REIS et al., 2017).

Porém, apenas em 2004, OMS diante do aumento dos danos causados nos pacientes, criou Aliança Mundial para Segurança do Paciente. O objetivo principal

dessa aliança é fomentar o comprometimento político, com o intuito de melhorar as práticas de segurança do paciente e a qualidade da assistência prestada nos serviços de saúde (SILVA et al., 2016). No Brasil, no ano de 2013, o Ministério da Saúde (MS) lançou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), o qual foi instituído pela Portaria GM/MS nº 529/2013 (BRASIL, 2013).

O programa tem como escopo contribuir na melhoria da qualidade do cuidado em saúde oferecido a todo brasileiro, nos diferentes níveis de atenção a saúde fornecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (SILVA et al., 2017). O PNSP estabelece um conjunto de protocolos básicos que devem ser implementados nas instituições de saúde: prática de higiene das mãos em unidades de Saúde; cirurgia segura; segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos; identificação correta de pacientes; comunicação no ambiente dos estabelecimentos de Saúde; prevenção de quedas e lesões por pressão; transferência de pacientes entre pontos de cuidado e uso seguro de equipamentos e materiais (BRASIL, 2013).

Esses protocolos são uma estratégia essencial para minimizar a ocorrência de erros e EAs. Erro é definido na International Classification for Patient Safety (ICPS) como uma falha em desempenhar um plano de ação planejada anteriormente ou no desenvolvimento de um plano incorreto (WHO, 2009). Os erros podem ser ativos ou latentes. Erros ativos são cometidos por alguém que está em contato direto com o paciente na assistência, como por exemplo, trocar uma medicação por outra, já erros latentes são ações ou atos que poderiam ser evitados dentro do sistema, são erros que surgem por falta de gestão (BRASIL, 2014). O erro pode provir de atos intencionais ou não, quando o erro resulta em dano ao paciente ele é nomeado evento adverso (DUARTE et al., 2015).

Os erros e EAs são mais recorrentes no ambiente hospitalar, uma vez que é um serviço de alta complexidade e nele são realizados procedimentos mais complexos. Para colaborar com essa afirmativa, um estudo realizado com 355 pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva de um hospital universitário, no município do Rio de Janeiro, mostra que dos 355 pacientes 32,4%, ou seja, 115 pacientes apresentaram evento adverso durante a internação (ROQUE; TONINI; MELO, 2016).

Estudos mostram que os principais erros e EAs ocorridos no meio hospitalar são: infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), lesões por pressão, erros na administração de medicamento e falta de vigilância do paciente, a qual resulta em

quedas do leito e da própria altura (DUARTE et al., 2015 ; OLIVEIRA; GARCIA; NOGUEIRA, 2016). Os EAs relacionados à administração de medicamentos são mais frequentes, e a probabilidade de um paciente durante a internação ficar livre da ocorrência desse evento vai depender do tempo de hospitalização (DUARTE et al., 2015). Um estudo que avaliou a ocorrência de eventos adversos graves no ano de 2012, num hospital centrado no México, aponta que dos 32 eventos adversos graves 28 ocorreram nos primeiros cinco dias de internação (MENDOZA et al., 2015).

Já na atenção primária a saúde, os erros e EAs apontados nos estudos estão relacionados com erros de diagnóstico, prescrição de medicamentos e tratamentos (MARCHON; MENDES JUNIOR; PAVÃO, 2015). Embora os níveis de atenção sejam distintos é possível notar que os erros e EAs ocorridos são semelhantes. Desta maneira, ambos os estabelecimentos de assistência possuem como principais causas para ocorrência de erros: a sobrecarga de trabalho, a falta de comunicação entre a equipe, falta da gestão e de notificação dos erros. Contudo, dado que o acontecimento de um erro ainda é associado à culpa, o profissional de saúde encara o erro como forma de punição (PAESE; SASSO, 2013).

Estudos mostram que após a ocorrência de um evento adverso os profissionais da saúde vivenciam o sofrimento emocional, apoio insuficiente tanto de colegas quanto da instituição de saúde (WU et al, 1991; AASLAND; FORDE, 2005). Dessa forma, o termo “segunda vítima” começou a ser utilizado para descrever como os profissionais de saúde podem ser traumatizados por eventos de uma maneira parecida à do paciente (a primeira vítima) (WU, 2000). As reações relatadas pelos profissionais são medo, culpa, vergonha, perda de autoconfiança, raiva e desapontamento. A forma como a instituição de saúde, os gestores, bem como os colegas do profissional de saúde que cometeu o EAs reagem pode influenciar no aumento do impacto emocional a esse profissional (ULLSTROM et al, 2014).

O erro cometido por um profissional é um dos fatores que se destaca nas instituições de saúde e frequentemente esses são divulgados através da imprensa e da mídia, gerando um alvoroço na comunidade e resultando em impacto emocional ao profissional de saúde (DUARTE et al., 2015).

Por isso, é importante trabalhar a questão da cultura da segurança do paciente nos estabelecimentos de saúde de forma mais sólida e sistêmica, viabilizando assim, a garantia da segurança do paciente e o desenvolvimento de melhores práticas pelos profissionais. Além disso, incorporar essa temática no

decorrer da formação acadêmica dos profissionais da saúde é uma forma de modificar e reduzir a ocorrência de falhas no processo de trabalho (WEGNER et al., 2016).

O conceito de cultura de segurança do paciente começou a ser discutido após o desastre nuclear de Chernobyl, ocorrido em 1986, o foco que antes era a regulamentação e investigação de fatores próprios do indivíduo passou a ser voltado aos fatores organizacionais, como a segurança do paciente (CALORI; GUTIERREZ; GUIDI, 2015). Sendo assim, conforme a Resolução da Diretoria Colegiada n°. 36/2013, a cultura de segurança do paciente pode ser definida como:

conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde (BRASIL, 2013b).

Uma cultura de segurança fundamentada na justiça busca identificar a ocorrência de erros como falhas que acontecem no sistema e não como falhas do indivíduo que cometeu o erro. Numa cultura justa, o profissional não se sente constrangido pelas falhas exercidas, mas, ao mesmo tempo, é responsabilizado por suas ações. Deste modo, a cultura justa é um conceito que tem por objetivo distinguir os profissionais que são cuidadosos e qualificados, mas que de algum modo cometeram uma falha, dos profissionais que apresentam um comportamento de risco de forma injustificável (SAMMER et al, 2010; WATCHER, 2013; BRASIL, 2014; ANVISA, 2014).

Assim, é fundamental que os serviços de saúde trabalhem a ideia de aprender com o erro, onde a notificação da ocorrência de um evento adverso não seja elencada como forma de punição ao profissional que efetuou, e sim como elemento de aprendizagem para que ocorram melhorias no processo de trabalho, a fim de reduzir o acontecimento de danos aos pacientes (SOUZA et al.,2015).

Ademais, dispor de apoio administrativo e segurança institucional é um dos motivos dos profissionais notificarem a ocorrência de EAs, pois estimula o relato de dificuldades e angústias enfrentadas na prática assistencial (PAIVA et al., 2014). É importante também, que os gestores das instituições de saúde entendam que os EAs estão, várias vezes, relacionados às falhas decorridas no sistema, e não somente ao descaso ou incompetência por parte do profissional, então, mais que buscar culpados, é preciso identificar fraquezas existentes no processo e adotar

medidas para prevenção (DUARTE, 2015).

Ainda no contexto da cultura de segurança, é necessário reforçar a existência da comunicação aberta e transparente entre a instituição de saúde e seus pacientes, visto que receber informações sobre sua saúde e enfermidades, assim como sobre os riscos inerentes ao tratamento constitui-se de um direito dos pacientes. Além disso, o paciente tem direito a informações claras e compreensivas, de acordo com seu nível de entendimento e sua condição cultural, acerca das ações diagnósticas e terapêuticas (CANADIAN SAFETY INSTITUTE, 2011).

Nesse sentido, a prática do disclosure vem ganhando notoriedade nos ambientes de saúde, uma vez que busca reconhecer e informar de forma honesta e transparente ao paciente a ocorrência de um evento adverso, visando manter a confiança no sistema de saúde. Do mesmo modo, é possível verificar que o não fornecimento de explicações após um evento adverso tem sido uma causa relevante de processos judiciais e uma fonte de insegurança para o paciente em relação às instituições de saúde (CANADIAN SAFETY INSTITUTE, 2011).

Ainda, torna-se relevante que ressaltar que tanto os profissionais de saúde que atuam de forma direta no cuidado aos pacientes quanto à gestão das instituições de saúde devem estar comprometidas com a segurança dos pacientes, zelando para que as normas e protocolos sejam cumpridos e os direitos dos pacientes sejam respeitados. Tanto os erros como os EAs são produtos da ruptura da segurança do paciente. Esses aumentam os custos assistências, o tempo de internação do paciente, e, além disso, podem acarretar em complicações e óbitos, causando danos psicológicos ao cliente, e muitas vezes, gerando encargos jurídicos (CESTARI et al., 2017).

O Superior Tribunal de Justiça relata que nos últimos dez anos, no Brasil, os processos judiciais envolvendo profissionais da saúde, como os médicos, cresceram em 1.600%, tanto na esfera Civil como na Penal (SPINA; SÁ, 2015).

Além disso, o número de processos judiciais abertos pelos próprios pacientes vem crescendo, isso é provocado pelo aumento da compreensão dos cidadãos sobre seus direitos e também pela influência de interesses institucionais (PEIXOTO; PASSOS; BRITO, 2017). Qualquer paciente que for realizar um procedimento deve ser informado de seus direitos e deveres, sendo o principal direito apelar ao Judiciário para requerer a reparação de quaisquer danos cometidos culposamente por um médico ou outro profissional da saúde (MENDONÇA; CUSTÓDIO, 2016).

Independente do erro cometido por um profissional da saúde, o erro vai consistir em uma ação ou uma omissão. A ação refere à atitude que o profissional apresentou e que favoreceu para ocorrência de um dano ao paciente. Já a omissão, diz a respeito da conduta que o profissional de saúde deveria ter apresentado, ou seja, quando há falta de ação por parte do profissional no tratamento do cliente resultando em um dano (SOUSA; MENDES, 2014).

Os erros geralmente estão ligados à questão de negligência, imprudência e imperícia. Negligente pode ser considerado o profissional que não realiza os procedimentos de forma correta, está ligado ao descuido, desleixo, ou seja, quando deixa de realizar algo que precisava ser feito. Imprudente pode ser considerado o profissional que não leva em consideração os conhecimentos científicos sobre procedimentos realizados, são atitudes não justificáveis, descuidadas, sem uso de precaução. O conceito de Imperícia pode ser exemplificado quando o profissional de saúde não tem conhecimento teórico e prático, quando é inexperiente, incompetente para realizar um determinado procedimento (PINHEIRO, 2017; FARIA; MOREIRA; PINTO, 2014).

Quando um profissional da saúde comete um erro proveniente de uma ação ou omissão e esse resulta em dano, havendo nexos causal entre a ação e o resultado, porém o profissional não tem a intenção de provocar dano, é chamado de conduta culposa. Dissemelhante, o conceito de dolo é quando o profissional tem a intenção de provocar um ato danoso ao paciente. Sendo assim, esses atos cometidos pelos profissionais de saúde podem gerar ações de responsabilidade civil (GOMES; DELDUQUE; 2017).

A responsabilidade civil tem como objetivo reparar danos causados a outrem, e o responsável que cometeu esse dano têm o dever de repará-lo e responder por ele (CAMPANELLA; 2015). A lei 10.406/2002, do Código Civil traz em seu art. 186: “aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar o direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito” (BRASIL, 2002). Ainda na mesma lei civil, o art. 927 prevê que “aquele que, por ato ilícito causar dano a outrem, fica obrigado a repará-lo” (BRASIL, 2002).

Uma pesquisa realizada no site do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, usando o termo “erro médico”, para ações judiciais realizadas no ano de 2016 mostra que dos 34 processos utilizados no estudo 29,4% eram emergências clínicas; 23,5% eram casos de ginecologia-obstetria; 20,5% de cirurgia; 8,8% eram

pediátricas; 5,9%, ortopedistas; 5,9% envolviam diretores clínicos; 2,9% eram anestesistas; e 2,9% eram clínicos não emergenciais (BRAGA et al., 2018).

Desta forma, torna-se visível a tendência de casos de judicialização por erros cometidos por profissionais de saúde na sociedade atual. Porém, ainda se tem poucos estudos que abordem a questão de como o erro, principalmente do erro médio é enfrentado pelos tribunais brasileiros (GOMES; DELDUQUE, 2017).

4 METODOLOGIA

Neste capítulo serão apresentados aspectos relacionados ao desenvolvimento metodológico do estudo, caracterizando o seu tipo, o local e os participantes, assim como, a coleta de dados, o instrumento e a análise dos dados e os aspectos éticos. A metodologia do estudo foi composta por duas etapas: metodológica e quantitativa.

4.1 ESTUDO METODOLÓGICO

O estudo metodológico visa o desenvolvimento, validação e a avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa. Desse modo, a maior parte dos estudos metodológicos tem o objetivo de desenvolver novos instrumentos capazes de mensurar, de maneira precisa, as variáveis consideradas essenciais para o estudo de determinados fenômenos (GRAY, 2012).

4.1.1 Elaboração da escala

A elaboração da escala seguiu oito etapas apresentadas pelo autor Robert F. DeVellis, em seu livro *Scale Development: Theory and Applications* (2012).

A **primeira etapa** do método de desenvolvimento da escala almejou determinar de forma clara e precisa, o que o pesquisador visa medir. Nesse sentido, foram realizadas pesquisas bibliográficas em banco de dados internacionais e nacionais viabilizando o aprofundamento teórico acerca da temática.

A **segunda etapa** consistiu na formação dos conjuntos de itens que compuseram a escala. Essa etapa buscou a definição quanto aos parâmetros de avaliação, relacionados à frequência e intensidade, bem como estabeleceu o modo mais adequado para chegar ao resultado esperado. Essa etapa foi fundamentada na revisão de literatura, a qual favoreceu a elaboração de elementos que compuseram a escala. Assim, as principais referências utilizadas para compor a escala foram: SAMMER et al, 2010; WATCHER, 2013; BRASIL, 2014; ANVISA, 2014; SOUZA et al.,2015; PAIVA et al., 2014; DUARTE, 2015; CANADIAN SAFETY INSTITUTE, 2011; OLIVEIRA et I., 2015; BRASÍLIA, 2017; VENTURA et al., 2010; RAMOS et al.

2016; RAMOS et al., 2017; MEDONÇA; CUSTÓDIO, 2016; ZAGANELLI; PIVA, 2017; CALORI; GUTIERREZ; GUIDI, 2015.

A **terceira etapa** de construção e elaboração da escala referiu-se à determinação do formato de medição. Em razão disso, foi utilizada uma escala Likert de cinco pontos, sendo: “1- discordo totalmente”, “2- discordo mais que concordo”, “3- não concordo nem discordo”, “4- concordo mais que discordo” e “5- concordo totalmente”, que os participantes do estudo responderam de acordo com seu grau de concordância.

A **quarta etapa** do desenvolvimento da escala referiu-se à submissão do conjunto de itens elaborados inicialmente à revisão de especialistas. Nessa etapa, foi realizada a validação de face e conteúdo. Logo, visando a adequação da escala, o instrumento foi submetido a um comitê de especialistas, composto de três professores doutores e uma mestrande de uma Universidade Pública do Sul do Brasil. Para o pré-teste, a escala foi aplicada em 15 estudantes de graduação em enfermagem, medicina e direito, de uma Universidade Pública do Sul do Brasil, que aceitarem participar deste estudo, evidenciando as dificuldades e as facilidades encontradas no preenchimento do instrumento. Os estudantes que aceitarem participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B).

Já na **quinta etapa**, considerou-se a inclusão de itens de validação no corpo do instrumento. Dessa forma, os itens de caracterização da amostra, contendo características sociodemográficas foram inseridos na página inicial do instrumento, para preenchimento do estudante, relativos ao curso; sexo; idade; estado civil; formação anterior e atividade remunerada.

Os itens de caracterização visaram preservar o anonimato dos respondentes, para que se sentissem absolutamente livres para emitir suas respostas, favorecendo sua participação e, por conseguinte, gerando uma avaliação mais fidedigna. Os questionários tinham também, na página inicial, um texto introdutório, onde era explicitado de forma clara o correto preenchimento do instrumento.

Portanto, ao final das etapas 1, 2, 3, 4 e 5, a escala então denominada Escala de Judicialização da Saúde e do Erro Assistencial para os estudantes de Enfermagem, Medicina e Direito (APÊNDICE A) apresentava itens de caracterização da amostra e o texto introdutório na página inicial, seguidos de 25 questões, sendo a questões número 1 ao 10 sobre a Judicialização do Erro, as quais abordavam

questões sobre: a comunicação do erro ao paciente (1) (PAIVA et al., 2014; CANADIAN SAFETY INSTITUTE, 2011), erro como uma falha do sistema (2) (DUARTE, 2015), cultura justa (3,5 e 8) (SAMMER et al, 2010; WATCHER, 2013; BRASIL, 2014; ANVISA, 2014), conflitos éticos (9 e 4) (CANADIAN SAFETY INSTITUTE, 2011), segunda vítima (6) (WU, 2000) e apoio na ocorrência de um erro (7,8 e 10) (OLIVEIRA et al., 2015; BRASÍLIA, 2017). As afirmativas do número 11 ao 21 eram acerca da Judicialização da Saúde, as quais abordavam temas como: obtenção de leitos de internação (15) (RAMOS et al., 2016), acesso a medicamentos de alto custo (14) (VENTURA et al.,2010), princípios do SUS (13) (RAMOS et al., 2017), direito á saúde (11,12,13 e 17) (TRAVASSOS et al., 2013; BRASIL, 1988) , acesso a informação (19 e 20) (VENTURA et al., 2010), conflitos éticos (16) (RAMOS et al., 2016) e consequências da judicialização (18 e 21) (BRASÍLIA, 2017). Por fim, as afirmativas 22, 23, 24 e 25 eram sobre o que os respondentes acreditavam acerca do preparo profissional. Além disso, havia questões controles (q-1, q-2 e q-3) para avaliar se o participante estava prestando atenção durante o preenchimento do instrumento. As questões foram mensuradas através de uma escala likert de cinco pontos.

A **sexta etapa** para o desenvolvimento da escala, constituiu na aplicação da escala em uma amostra de desenvolvimento. O estudo foi desenvolvido no contexto dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Direito Diurno de uma universidade pública do Sul do Brasil. Os participantes do estudo foram 117 estudantes do quinto ano dos referidos cursos, que estavam devidamente matriculados. Para seleção dos participantes, foi utilizada a amostragem não probabilística por conveniência, de forma que os informantes foram selecionados de acordo com sua presença e disponibilidade no local e no momento da coleta de dados (HULLEY et al., 2008).

A **sétima etapa** englobou a construção e desenvolvimento da escala que determina a avaliação dos itens. Assim, após a aplicação do instrumento na amostra selecionada, conforme a etapa seis foi realizado testes estatísticos no intuito de garantir a validade de constructo: *análise fatorial* que almeja a redução e sumarização dos dados, formando assim grupos de variáveis associados entre si (constructos). Os dados serão analisados com auxílio do software estatístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versão 22.0. A formação dos fatores seguiu

os seguintes critérios: o grau de associação entre as variáveis, encontrado através das cargas fatoriais ($>,450$); e o seu grau de subjetividade (DEVILLIS, 2012).

Para validação de constructo do instrumento, inicialmente, 25 questões foram submetidas à análise fatorial exploratória. Definiu-se como método de extração a análise de componentes principais, aplicando-se a rotação ortogonal Varimax para discriminar melhor a pertinência das variáveis aos componentes identificados. A formação dos fatores obedeceu a dois critérios: o grau de associação entre as variáveis, através das cargas fatoriais; e sua aderência conceitual.

O primeiro agrupamento sugeriu a formação de dez constructos, formando blocos com questões sem aderência conceitual, dificultando a categorização. Assim, realizou-se o processo de exclusão gradual de cada uma das questões que apresentavam baixas correlações em seus blocos, ou que não aderiam conceitualmente aos constructos formados, de modo a facilitar o agrupamento das questões.

À medida que questões foram sendo eliminadas, os constructos tornaram-se mais claros, considerando-se como ponto de corte cargas fatoriais superiores a 0,450. Ao final dessa análise, seis questões (q13, q20, q19, q10, q09, q21) foram excluídas por apresentarem baixas cargas fatoriais e cinco questões (q03, q18, q16, q08, q01) foram excluídas por não apresentarem aderência conceitual em seu bloco. Desse modo, a aplicação da análise fatorial permitiu agrupar as questões referentes à judicialização da saúde e do erro assistencial em seis constructos, sendo sua formação final composta por apenas 14 variáveis (Tabela 1).

Assim, em sua versão final, o instrumento, constituído por 14 itens, apresentou seis construtos: Direito à saúde; Formação dos profissionais do direito; Formação dos profissionais de enfermagem e medicina; Erro profissional; Cultura de Segurança; Acesso a leitos e medicamentos de alto custo. O quadro 1 apresenta a definição de cada constructo formado.

Por fim, a **oitava etapa** correspondeu ao final da construção da escala e é referente à possibilidade de otimizar o comprimento da escala por meio da análise do *alfa de cronbach*, que tratou acerca da exclusão de itens dos constructos, formados por meio da análise fatorial, visando assim o aumento da confiabilidade do instrumento.

A fidedignidade dos constructos do instrumento foi testada através do cálculo do alfa de *Cronbach*. O alfa de *Cronbach* do instrumento apresentou valor 0,51,

enquanto que os coeficientes dos seis constructos situaram-se entre 0,42 e 0,79, o que comprova a fidedignidade dos seis constructos do instrumento (Tabela 1).

A consistência interna do questionário segundo o valor de alfa pode ser considerado pequeno (menor do que 0,21), razoável (de 0,40 a 0,21), moderado (de 0,60 a 0,41) substancial (de 0,61 a 0,80) e quase perfeito (maior do que 0,80). Desta forma, esse estudo apresentou o alfa considerado **moderado**, o qual pode ser justificado pelo fato do instrumento apresentar poucas questões, visto que questionários muito longos favorecem para o aumento do valor de alfa. Além disso, o questionário foi aplicado em uma amostra bem distinta (alunos de enfermagem, medicina e direito) (VIEIRA, 2015).

Quadro 1 – Definições dos constructos formados - Rio Grande – 2019.

Constructo	Definição do Constructo
Direito á saúde	Direito garantido através de políticas sociais e econômicas que almeja a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1988).
Formação dos profissionais do Direito	Formação dos profissionais do direito para análise jurídica da judicialização da saúde e do erro assistencial.
Formação dos profissionais de Enfermagem e medicina	Formação dos profissionais de enfermagem e medicina para compreensão das questões relacionadas à judicialização da saúde e do erro assistencial.
Erro profissional	Falha de um profissional em desempenhar um plano de ação planejada anteriormente ou no desenvolvimento de um plano incorreto (WHO, 2009).
Cultura de Segurança	Conjunto de valores, atitudes, competências comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e

da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde (BRASIL, 2013b).

Acesso a leitos e medicamentos de alto custo

Reivindicações ao judiciário para garantir as demandas necessárias à assistência integral à saúde não acolhida, como leitos de internação e medicamentos de alto custo (RAMOS et al, 2017).

Tabela 1 – Análise Fatorial Exploratória (rotação Varimax) – Rio Grande, RS, Brasil, 2019.

Indicadores	Bloco	F1	F2	F3	F4	F5	F6
Direito à saúde							
q11 Toda pessoa tem direito a saúde, sendo dever do Estado efetivar esse direito.	0,668	0,777					
q12 As ações judiciais relacionadas à saúde possibilitam a efetivação do direito à saúde.	0,570	0,767					
q17 O acesso às ações e serviços de saúde deve ser garantido a todas as pessoas, independente de sexo, raça ou outras características sociais ou pessoais.	0,687	0,665					
Formação dos Profissionais do Direito							
q24 Os profissionais do Direito são preparados já na graduação para interpretar o erro assistencial do ponto de vista jurídico.	0,828		0,898				
q25 Os profissionais do Direito são preparados já na graduação para lidar com a judicialização da saúde.	0,779		0,870				
Formação dos Profissionais de Enfermagem e Medicina							
q22 Os enfermeiros e médicos são preparados já na graduação para compreender as implicações jurídicas do erro assistencial.	0,856			0,911			
q23 Os enfermeiros e médicos são preparados já na graduação para compreender as questões relacionadas a efetivação da garantia do direito à saúde.	0,661			0,674			
Erro Profissional							
q04 Profissionais competentes e cuidadosos não cometem erros assistenciais que causam danos a pacientes.	0,679				0,812		
q05 Os profissionais de saúde que cometeram erros assistenciais que causaram danos ao paciente devem ser afastados do exercício de suas atividades profissionais temporariamente.	0,647				0,721		
Cultura de Segurança							
q06 Na ocorrência de um erro assistencial, o profissional da saúde pode ser considerado a segunda vítima, pois poderá ocorrer um trauma que afetará sua vida pessoal e profissional.	0,708					0,799	
q07 A gestão da instituição e os colegas devem apoiar o profissional envolvido com o erro assistencial.	0,738					0,755	
q02 Os erros assistenciais devem ser considerados falhas do sistema e não individuais, pois podem ocorrer até mesmo com os melhores profissionais, já que todos os seres humanos são passíveis a falhas.	0,601					0,462	
Acesso a leitos e medicamentos de alto custo							
q15 O Estado é capaz de decidir e garantir leitos de internação para requerentes mesmo não vivenciando as realidades das instituições de saúde.	0,621						0,783
q14 A garantia de medicamentos de alto custo por processos judiciais constitui-se em um direito do paciente e deve sempre ser fornecida, mesmo que gere impacto financeiro para o Estado.	0,572						0,634
Intitial Eigenvalue		2,251	2,088	1,699	1,470	1,087	1,021
% variância explicada – rotated (68,683%)		16,07	14,91	12,13	10,50	7,76	7,29
Alfa de Cronbach (instrumento 0,51)		0,57	0,79	0,64	0,53	0,49	0,42

4.2 ESTUDO QUANTITATIVO

Tratou-se de um estudo quantitativo, do tipo exploratório-descritivo. O delineamento desse estudo caracterizou-se como transversal, tendo em vista que os dados foram obtidos em um único período de tempo. A pesquisa quantitativa estima a medição de variáveis anteriormente estabelecidas, buscando esclarecer sua influência sobre outras variáveis, concentrando-se em dados numéricos e exatos (APPOLINÁRIO, 2012).

A pesquisa do tipo exploratório-descritivo tem por objetivo a demarcação de características de determinado grupo ou população, direcionando investigações que pretendem analisar determinados fenômenos, caracterizando variáveis envolvidas, esclarecendo relações entre essas e confirmando hipóteses (GRAY, 2012)

4.2.1 Local de estudo

O estudo foi desenvolvido com os 117 alunos matriculados nos cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Direito Diurno da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). A Universidade Federal do Rio Grande teve sua criação em 20 de agosto de 1969, apresenta 53 cursos de graduação que estão distribuídos em 5 campi, sendo eles: o Campus Carreiros, Campus Saúde, Campus Santa Vitória do Palmar, Campus Santo Antônio da Patrulha e Campus São Lourenço do Sul. Os cursos de Medicina e Enfermagem estão situados no Campus Saúde e o curso de Direito fica localizado no Campus Carreiros (FURG, 2018).

O curso de graduação em Enfermagem nesta instituição foi criado em 20 de agosto de 1975, mas somente no primeiro semestre de 1976 que suas atividades começaram a ser desenvolvidas. A modalidade de seleção para matrícula no curso ocorre via Sistema de Seleção Unificada (SISU), sendo disponibilizadas 30 vagas a cada semestre. O curso é de turno integral, pois apresenta carga horária total de 4.140 horas, sendo 3.030 horas de disciplinas teóricas e teórico-práticas obrigatórias, 960 horas de estágios supervisionados e 150 horas de atividades complementares (FURG, 2018).

Atualmente, o Curso de Graduação em Enfermagem conta com 294 estudantes matriculados, sendo que desses, 32 cursam os estágios supervisionados

os quais são desenvolvidos no nono e décimo semestres. A formação do Enfermeiro egresso da FURG tem como finalidade:

Capacitá-lo a atender as necessidades sociais de saúde dos seres humanos, com ênfase nas políticas públicas de saúde e o Sistema Único de Saúde (SUS) vigente, assegurando a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento (FURG, 2018).

O curso de Medicina da FURG foi reconhecido em 02 de maio de 1971 pelo Decreto nº 68.306. A modalidade de ingresso no curso é através do SISU, sendo disponibilizadas 60 vagas anuais e tem como carga horária total 8.105 horas. O currículo do curso é organizado no formato seriado anual, sendo composto por módulos, cada um é constituído por uma unidade integradora e apresenta objetivos específicos. Os módulos que integram a grade curricular são: Módulo Morfofuncional, Módulo Atenção à Saúde Individual, Módulo Atenção à Saúde Coletiva e Módulo Atenção à Saúde Individual e Coletiva (FURG, 2019).

Atualmente, o curso de Medicina conta com 436 estudantes matriculados, sendo que desses 59 estão em estágios do quinto ano. Os estágios ocorrem no quinto e sexto ano do curso e tem como objetivo possibilitar que o acadêmico vivencie e aperfeiçoe sua prática médica (FURG, 2019).

Já o curso de Direito teve início através do Decreto n. 47.738/1960. O curso visa estimular a união entre o ensino, pesquisa e extensão, através da realização de atividades extras de pesquisa e extensão e estágios supervisionados. O curso é disponibilizado nos turnos matutino e noturno com duração de cinco anos, a carga horária do curso é de 3.900 horas, das quais, 3.270 horas são destinadas a disciplinas obrigatórias e 330 horas para atividades complementares (FURG, 2018).

O curso de Direito Diurno apresenta 275 estudantes matriculados, sendo que desses, 40 estão em estágios supervisionados do quinto ano (FURG, 2018).

4.2.2 Participantes do estudo

Participaram do estudo 117 estudantes do Curso de Graduação em Enfermagem, Medicina e Direito Diurno da Universidade Federal do Rio Grande-FURG que estavam cursando o quinto ano do curso. Os critérios de inclusão dos participantes foram: estarem regularmente matriculados no Curso de Graduação em Enfermagem, Medicina ou Direito Diurno e estarem matriculados em pelo menos

uma disciplina do quinto ano do seu respectivo curso. Os critérios de exclusão foram à ausência do estudante no local e no momento de coleta de dados por falta, atestados ou licenças.

Para seleção do tamanho amostral, adotou-se o critério proposto por Hill (2012), que prevê uma fórmula específica. A seguir apresenta-se a fórmula:

$$n = \frac{X^2 \cdot N \cdot P \cdot (1 - P)}{d^2 (N - 1) + X^2 \cdot P \cdot (1 - P)}$$

Onde: **n**= tamanho da amostra

X²= valor do Qui-quadrado para 1 grau de liberdade ao nível de confiança de 0,05 e que é igual a 3,89 (valor fixo pré-determinado)

N= o tamanho da população

P= a proporção da população que se deseja estimar (pressupõe-se que seja 0,50 uma vez que esta proporção forneceria o tamanho máximo amostral)

d= o grau de precisão expresso em proporção (0,05)

O objetivo dessa regra é estimar o mínimo tamanho amostral para que seja possível a realização de determinados procedimentos estatísticos, uma vez que procedimentos diferentes apresentam necessidades específicas de número de participantes. Aplicando-se a fórmula, o número mínimo de participantes está descrito na tabela abaixo:

Curso	Estudantes matriculados no quinto ano	Mínimo Amostral
Enfermagem	32	30
Medicina	59	51
Direito	40	36

4.2.3 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada mediante aplicação do instrumento nos estudantes do quinto ano dos cursos de graduação em Enfermagem, Medicina e Direito Diurno da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Foi solicitado o agendamento prévio com os professores das disciplinas para a coleta ser realizada na sala de aula com os alunos que estavam presentes e, quanto aos alunos que estavam presentes somente em estágios, foi realizado agendamento de um horário e um local de preferência dos mesmos. Foi realizada a apresentação do tema, do pesquisador, o convite para participar da pesquisa, breve explicação da metodologia escolhida e do preenchimento do instrumento.

Os estudantes foram informados que a participação ou não da pesquisa era livre, salientado que poderia haver desistência a qualquer momento. Além disso, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), o qual foi assinado em duas vias, uma ficando uma sob responsabilidade do pesquisador e outra com o participante. Nele se encontram telefone e e-mail para contato com o pesquisador no caso de dúvidas. Os dados da pesquisa juntamente com TCLE foram colocados em um envelope sem identificação para manter o anonimato dos participantes e das informações obtidas.

4.2.4 Análise de dados

A análise dos dados foi realizada a partir do software estatístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versão 22.0, por meio de estatística descritiva. A estatística descritiva constitui-se de um conjunto de técnicas que objetiva descrever, resumir, totalizar e apresentar dados de pesquisa por meio de técnicas de distribuição de frequência, medidas de tendência central, medidas de dispersão e correlações (GAYA, 2008).

4.3 ASPECTOS ÉTICOS

Os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos foram respeitados, conforme a Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012). O estudo não ofereceu risco à integridade física dos participantes. Foi garantido aos participantes

que sua participação era livre e voluntária e em caso de danos psicológicos, causado diretamente pelo estudo, seria disponibilizado consulta com a psicóloga da Pró-Reitoria de Assuntos Estudantis (PRAE) da Universidade Federal do Rio Grande para apoio emocional e esclarecimentos. Como benefícios, o estudo possibilitou a visualização de como o processo de formação do acadêmico de enfermagem, medicina e direito vem capacitando-os sobre a Judicialização em Saúde, subsidiando o estabelecimento de Projetos Pedagógicos que sanem as demandas educacionais capazes de contribuir para a formação de um profissional habilitado para defender as questões humanas fundamentais, a fim de melhorar as práticas em saúde.

Os pesquisadores garantem que durante a realização do estudo, os dados (informações cadastrais e consentimentos) ficaram com o pesquisador responsável para a realização da análise dos dados. Após o término, os mesmos foram arquivados e guardados na Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, na sala 11. Os dados ficarão sob a responsabilidade da pesquisadora responsável Jamila Geri T. Barlem e serão guardados por cinco anos para que se assegure a validade do estudo.

Foi solicitada autorização da Coordenação/Direção do Curso de Graduação em Enfermagem (APÊNDICE C), a autorização da Coordenação do Curso de Medicina (APÊNDICE D) e também a autorização da Coordenação do Curso de Direito (APÊNDICE E). O estudo foi encaminhado para o Comitê de Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ) e ao Comitê de Ética e Pesquisa da Área da Saúde (CEPAS) recebendo aprovação mediante o Parecer Nº 124 /2018 (ANEXO A). CAAE: 03580918.3.0000.5324.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE E DO ERRO ASSISTENCIAL: COMPREENSÃO DE ESTUDANTES DE ENFERMAGEM, MEDICINA E DIREITO

Gabriela do Rosário Paloski

Jamila Geri Tomaschewski Barlem

RESUMO

Objetivo: analisar a compreensão dos estudantes de Enfermagem, Medicina e Direito acerca da judicialização da saúde e do erro assistencial. **Método:** Tratou-se de um estudo quantitativo, do tipo exploratório-descritivo, realizado com 117 estudantes de Enfermagem, Medicina e Direito de uma Universidade Federal do Sul do Brasil. Para coleta de dados, foi aplicado um instrumento construído e validado nesse estudo a partir de oito etapas. A partir da análise fatorial, foram identificados seis constructos: direito à saúde; formação dos profissionais do direito; formação dos profissionais de enfermagem e medicina; erro profissional; cultura de Segurança; acesso a leitos e medicamentos de alto custo. O instrumento apresentou consistência interna satisfatória, com valores de alfa de *Cronbach* entre 0,42 e 0,79. **Resultados:** os estudantes concordam que todas as pessoas possuem o direito à saúde, sendo dever do Estado efetivar este direito, especialmente, no que se refere ao acesso as ações e serviços de saúde. Contudo, não concordam e nem discordam acerca das reivindicações para garantia de medicamentos de alto custo e leitos de internação, considerando a intervenção do Estado e os impactos financeiros. Os estudantes discordam que os profissionais competentes e cuidadosos não cometem erros e que os mesmos devem ser afastados de suas atividades profissionais quando cometem uma falha cometida no desempenho das atividades. Entretanto, não concordam nem discordam em relação à necessidade de uma cultura de segurança para melhoria da atenção em saúde. **Conclusão:** se faz necessário à abordagem das questões referentes à judicialização da saúde e do erro assistencial no nos cursos pesquisados visando estimular uma formação em direito mais crítica-reflexiva, com melhor discernimento sobre os processos jurídicos, e uma formação em enfermagem e medicina mais ética e com uma visão mais holística.

Descritores: Judicialização da Saúde. Segurança do Paciente. Estudantes de Enfermagem. Estudantes de Medicina.

INTRODUÇÃO

O processo de judicialização vem sendo utilizado como forma dos indivíduos assegurarem seus direitos recorrendo ao Poder Judiciário quando esses não são efetivados, podendo ocorrer tanto de maneira individual quanto coletiva¹. A judicialização em saúde pode ser definida como um conjunto de reivindicações por parte dos cidadãos ao Poder Judiciário, a fim de garantir direitos e bens. Essas reivindicações podem estar relacionadas com a obtenção de medicamentos de alto custo, acesso a um determinado serviço de saúde, entre outras demandas garantidas pelo princípio do direito a saúde². Além disso, podem estar relacionadas também aos erros cometidos por profissionais da saúde que podem gerar danos aos pacientes³.

As ações judiciais no campo da saúde provocam inúmeras tensões no dia a dia dos profissionais de saúde, visto que a atuação de instâncias e indivíduos que não fazem parte dos serviços de saúde pode alterar negativamente a rotina de trabalho. Muitas vezes, estas modificam os protocolos presentes nas instituições que se destinam a oferecer um tratamento universal e igualitário a todos os usuários que possuem necessidades semelhantes, e não voltados em imposições de profissionais que não possuem competência técnica, assim como não vivenciam a realidade das organizações em saúde⁴.

Em circunstâncias nas quais os indivíduos que usam os Sistemas de Saúde, sejam públicos ou privados, ficam insatisfeitos, as prestações judiciais podem se mostrar necessárias. Desta maneira, a judicialização ocorre quando há violação do direito à saúde ou em situações que comprometam a segurança do paciente, como a ocorrência de erros por parte dos profissionais de saúde e instituições⁵⁻⁶.

No Brasil, somente após a Constituição Federal da República de 1988, que a saúde passou a ser garantida como um direito da população, assegurando desta maneira como um direito igualitário e universal. O direito à saúde é reconhecido como direito humano fundamental à preservação da vida, por isso, acredita-se que o direito à saúde é uma obrigação moral e legal de ser cumprido⁷. A judicialização tem sido utilizada como uma maneira rápida de garantir os direitos constitucionais.

Em relação à judicialização em virtude de incidentes com dano ao paciente, é notório o crescimento do número de ações relacionadas à assistência à saúde no

Poder Judiciário, dado que, nos últimos 12 anos, teve um aumento no número de ações judiciais envolvendo erros e eventos adversos (EAs)⁸.

Uma maneira de reduzir o número de ações judiciais ligados à saúde e ocorrências de danos causados nos pacientes é abordar as temáticas sobre segurança do paciente e judicialização em saúde desde a formação dos estudantes de enfermagem, medicina e do direito. Logo, realizar estudos que visam à reflexão dos profissionais de enfermagem, medicina e direito acerca do tema judicialização em saúde constitui-se uma forma de reafirmar os valores primordiais de profissões que buscam o bem estar e o potencial humano e contribuem com questões humanas básicas⁹.

Discutir questões de judicialização na formação profissional pode contribuir para uma formação em direito mais crítico-reflexiva, com melhor discernimento sobre os processos jurídicos, e uma formação em enfermagem e medicina mais ética e com uma visão mais holística, diminuindo a violação de direitos¹⁰. Desta forma, é notável a importância de abordar a judicialização em saúde com os estudantes da enfermagem, medicina e do direito desde o início da formação, visto que esses serão os profissionais responsáveis por realizar decisões que envolvem as necessidades de saúde da população, bem como encarregados de avaliar a oferta de serviços prestados⁹.

Dessa forma, o presente estudo **justifica-se** em virtude da escassez de pesquisas que abordem a temática judicialização em saúde e do erro assistencial na formação de estudantes de enfermagem, medicina e direito. Torna-se importante analisar o que os estudantes da enfermagem e medicina entendem por judicialização em saúde, a fim de investigar se esses estudantes estão preparados para lidar com questões jurídicas e se os alunos do direito conseguem lidar com processos que tangem a saúde. Este estudo apresenta a seguinte questão norteadora: qual a compreensão dos estudantes de enfermagem, medicina e direito acerca da judicialização em saúde e do erro assistencial? A partir dessa questão, **objetivou-se** analisar a compreensão dos estudantes de Enfermagem, Medicina e Direito acerca da judicialização da saúde e do erro assistencial.

MÉTODO

Estudo exploratório-descritivo, de abordagem quantitativa, realizado em uma Universidade Federal do Sul do Brasil, com 117 alunos do quinto ano dos cursos de enfermagem, medicina e direito. Os critérios de inclusão dos participantes foram: estarem regularmente matriculados no Curso de Graduação em Enfermagem, Medicina ou Direito Diurno e estarem matriculados em pelo menos uma disciplina do quinto ano do seu respectivo curso. Os critérios de exclusão foram à ausência do estudante no local e no momento de coleta de dados por falta, atestados ou licenças.

Para seleção do tamanho amostral, adotou-se uma fórmula específica que estima o mínimo amostral¹¹. O número de estudantes matriculados no quinto ano dos cursos de enfermagem, medicina e direito, é, respectivamente, 32, 59 e 40, sendo considerado o mínimo amostral, de respectivamente, 30, 51 e 36.

Como instrumento de coleta foi utilizado um questionário, composto por 25 questões em formato Likert, elaborado e validado pelos autores da pesquisa mediante validade de face, conteúdo e constructo. Foi solicitado o agendamento prévio com os professores das disciplinas para a coleta ser realizada na sala de aula com os alunos que estavam presentes e, quanto aos alunos que estavam presentes somente em estágios, foi realizado agendamento de um horário e um local de preferência dos mesmos.

Após aplicação do instrumento na amostra selecionada, foi realizada a análise fatorial a fim de reduzir e sumarizar os dados, objetivando a formação de fatores e a validação de constructo do instrumento. A formação dos fatores obedeceu a dois critérios: o grau de associação entre as variáveis, encontrado através das cargas fatoriais (>,450); e o seu grau de subjetividade. Já o alfa de *Cronbach* foi utilizado para testar a confiabilidade do instrumento ao verificar a consistência de diferentes características de cada um dos fatores, medidas através de questões do instrumento.

No que se refere à validade de constructo, das 25 questões do instrumento submetidas à análise fatorial exploratória, seis foram excluídas por apresentarem baixas cargas fatoriais (inferiores a 0,450) e cinco questões foram excluídas por não apresentarem aderência conceitual em seu bloco. Assim, em sua versão final, o instrumento, constituído por 14 itens, apresentou seis construtos: direito à saúde;

formação dos profissionais do direito; formação dos profissionais de enfermagem e medicina; erro profissional; cultura de segurança; acesso a leitos e medicamentos de alto custo.

Os seis constructos do instrumento explicam 68,68% da variação das questões originais, o que representa um adequado grau de sintetização dos dados, facilitando seu manuseio e interpretação. A fidedignidade dos seis constructos do instrumento foi testada através do cálculo do alfa de *Cronbach*, sendo que o alfa de *Cronbach* do instrumento apresentou valor 0,51, enquanto que os coeficientes dos seis constructos situaram-se entre 0,42 e 0,79, valores considerados moderados para estudos exploratórios, evidenciando, assim, a fidedignidade do instrumento na amostra selecionada. O fato do alfa do instrumento ser considerado moderado pode ser justificado por o instrumento apresentar poucas questões, visto que questionários muito longos favorecem para o aumento do valor de alfa. Além disso, o questionário foi aplicado em uma amostra bem distinta (alunos de enfermagem, medicina e direito)¹².

Os resultados referentes à amostra estudada foram obtidos por meio de estatística descritiva, mediante a utilização de médias e distribuição de frequência dos construtos e seus indicadores. Para análise dos dados, foi utilizado o software estatístico SPSS (StatisticalPackage for Social Sciences) versão 22.0, facilitando o processo de organização dos dados em tabelas que permitiram uma melhor visualização dos resultados e sua interpretação.

Os aspectos éticos foram respeitados, conforme as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, de forma que o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa local (Parecer n. 124 /2018). CAAE: 03580918.3.0000.5324.

RESULTADOS

Em relação aos dados sociodemográficos da amostra estudada, obteve-se um total de 117 participantes, dos quais 30 eram da enfermagem, 51 da medicina e 36 do direito. A média de idade dos participantes foi de 25,8 anos, sendo 28,7 anos entre os estudantes de enfermagem, 24,7 entre os estudantes de medicina e 25,3 anos entre os estudantes do direito.

Dos 30 estudantes de enfermagem, 24 eram do sexo feminino (80%), 23 alunos eram solteiros (76,7%), sete trabalhavam (23%) e 23 não possuíam nenhuma formação anterior (23,3%). Em relação aos 51 estudantes de medicina, 20 eram do sexo masculino (39,2%), 44 eram solteiros (86,3%), dois trabalhavam (3,9%) e apenas nove estudantes possuíam formação anterior (17,6%). Quanto aos 36 estudantes de direito, 26 eram do sexo masculino (72,2%), quatro eram casados (11,1%), 15 estudantes trabalham (41,7%) e apenas três possuíam formação anterior (8,3%).

No que se refere aos resultados da análise da compreensão dos estudantes de enfermagem, medicina e direito (Tabela 2), a análise descritiva permitiu verificar que o constructo **Direito à saúde** apresentou a maior média do instrumento (4,67), assinalando que os estudantes concordam mais do que discordam que todas as pessoas possuem o direito à saúde, sendo dever do Estado de efetivar este direito, especialmente, no que se refere ao acesso as ações e serviços de saúde (4,96). No constructo, **Cultura de Segurança**, a média correspondente foi igual a 3,76, assinalando que os estudantes não concordam nem discordam em relação à necessidade de uma cultura de segurança para melhora da atenção em saúde. Nesse constructo, a questão “Na ocorrência de um erro assistencial, o profissional da saúde pode ser considerado a segunda vítima, pois poderá ocorrer um trauma que afetará sua vida pessoal e profissional” apresentou a menor média (3,43).

O constructo **Acesso a leitos e medicamentos de alto custo** apresentou média 3,43, assinalando que os estudantes não concordam e nem discordam acerca das reivindicações para garantia de medicamentos de alto custo e leitos de internação, considerando a intervenção do Estado e os impactos financeiros. Contudo, os estudantes evidenciaram maior concordância (4,07) em relação à questão “A garantia de medicamentos de alto custo por processos judiciais constitui-se em um direito do paciente e deve sempre ser fornecida, mesmo que gere impacto financeiro para o Estado”. Já a questão “O Estado é capaz de decidir e garantir leitos de internação para requerentes mesmo não vivenciando as realidades das instituições de saúde”, os estudantes se mostraram mais discordantes (2,78). Em relação ao constructo **Formação dos Profissionais do Direito**, obteve-se média 2,75, mostrando que os estudantes discordam mais que concordam que os profissionais do direito possuem uma formação satisfatória para análise jurídica da judicialização da saúde e do erro assistencial, sendo a questão “Os profissionais do

Direito são preparados já na graduação para interpretar o erro assistencial do ponto de vista jurídico” com maior discordância (2,79).

O constructo **Formação dos profissionais de Enfermagem e Medicina** apresentou média correspondente a 2,21, assinalando que os estudantes discordam mais do que concordam que a formação dos profissionais de enfermagem e medicina se mostra satisfatória para compreensão das questões relacionadas à judicialização da saúde e do erro assistencial. Nesse constructo, a questão “Os enfermeiros e médicos são preparados já na graduação para compreender as implicações jurídicas do erro assistencial” apresenta menor média (1,87).

No constructo **Erro Profissional**, a média correspondente foi igual a 2,21, assinalando que os estudantes mais discordam que concordam que os profissionais competentes e cuidadosos não cometem erros e que os mesmos devem ser afastados de suas atividades profissionais quando cometem uma falha cometida no desempenho das atividades. Os estudantes apresentaram maior discordância (1,87) em relação à questão “Profissionais competentes e cuidadosos não cometem erros assistenciais que causam danos a pacientes”.

Tabela 2 – Análise da compreensão dos estudantes de enfermagem, medicina e direito - Rio Grande, RS, Brasil, 2019. (n=117)

Fatores	N	Grau de Concordância	Desvio Padrão
Direito à saúde	117	(4,67)	0,49
q11 Toda pessoa tem direito a saúde, sendo dever do Estado efetivar esse direito.	116	4,85	0,59
q12 As ações judiciais relacionadas à saúde possibilitam a efetivação do direito à saúde.	117	4,21	1,02
q17 O acesso às ações e serviços de saúde deve ser garantido a todas as pessoas, independente de sexo, raça ou outras características sociais ou pessoais.	117	4,96	0,29
Formação dos Profissionais do Direito	117	(2,75)	0,01
q24 Os profissionais do Direito são preparados já na graduação para interpretar o erro assistencial do ponto de vista jurídico.	117	2,79	1,06
q25 Os profissionais do Direito são preparados já na graduação para lidar com a judicialização da saúde.	117	2,71	1,15
Formação dos Profissionais de Enfermagem e	117	(2,21)	0,92

Medicina			
q22 Os enfermeiros e médicos são preparados já na graduação para compreender as implicações jurídicas do erro assistencial.	117	1,87	0,94
q23 Os enfermeiros e médicos são preparados já na graduação para compreender as questões relacionadas a efetivação da garantia do direito à saúde.	117	2,56	1,20
Erro Profissional	117	(2,21)	0,91
q04 Profissionais competentes e cuidadosos não cometem erros assistenciais que causam danos a pacientes.	117	1,87	1,07
q05 Os profissionais de saúde que cometeram erros assistenciais que causaram danos ao paciente devem ser afastados do exercício de suas atividades profissionais temporariamente.	117	2,55	1,14
Cultura de Segurança	117	(3,76)	0,81
q06 Na ocorrência de um erro assistencial, o profissional da saúde pode ser considerado a segunda vítima, pois poderá ocorrer um trauma que afetará sua vida pessoal e profissional.	117	3,43	1,15
q07 A gestão da instituição e os colegas devem apoiar o profissional envolvido com o erro assistencial.	117	4,17	0,97
q02 Os erros assistenciais devem ser considerados falhas do sistema e não individuais, pois podem ocorrer até mesmo com os melhores profissionais, já que todos os seres humanos são passíveis a falhas.	117	3,68	1,31
Acesso a leitos e medicamentos de alto custo	117	(3,43)	0,96
q14 A garantia de medicamentos de alto custo por processos judiciais constitui-se em um direito do paciente e deve sempre ser fornecida, mesmo que gere impacto financeiro para o Estado.	117	4,07	1,13
q15 O Estado é capaz de decidir e garantir leitos de internação para requerentes mesmo não vivenciando as realidades das instituições de saúde.	117	2,78	1,27

No que se refere à comparação das médias dos constructos de acordo com os cursos pesquisados (Tabela 3), verificou-se diferenças na compreensão dos estudantes em relação ao constructo **Formação dos Profissionais do Direito**, no qual os estudantes de direito não concordam e nem discordam (3,11), enquanto os estudantes de enfermagem e medicina discordam mais que concordam (2,65 e 2,56) que existe preparo já na formação dos profissionais do direito para análise jurídica da judicialização da saúde e do erro assistencial.

As médias também variaram no constructo **Erro Profissional**, onde os estudantes medicina e direito discordam mais que concordam (2,16 e 2,47), enquanto os estudantes de enfermagem discordam totalmente (1,98) que os profissionais competentes e cuidados não cometem erros e que os mesmos devem ser afastados de suas atividades profissionais quando cometem uma falha no desempenho das atividades.

O constructo **Cultura de Segurança** apresentou diferença nas médias entre os cursos, no qual os estudantes de enfermagem concordam mais que discordam (4,27), à medida que os estudantes de medicina e direito não concordam e nem discordam (3,57 e 3,61) em relação à necessidade de uma cultura de segurança para melhora da atenção em saúde.

Tabela 3 - Relação entre os constructos dos cursos de enfermagem, medicina e direito – Rio Grande , RS, Brasil, 2019. (n=117)

Dimensões	Direito à Saúde		Formação do Direito	Formação de Enfermagem e Medicina	Erro	Cultura de Segurança	Acesso
	N	M	M	M	M	M	M
Curso	N	M	M	M	M	M	M
Enfermagem	30	4,76	2,65	2,08	1,98	4,27	3,60
Medicina	51	4,50	2,56	2,13	2,16	3,57	3,01
Direito	36	4,85	3,11	2,44	2,47	3,61	3,87

DISCUSSÃO

Em relação ao grau de concordância no que se refere ao direito à saúde, os estudantes concordam mais do que discordam que todas as pessoas possuem o direito à saúde sendo dever do Estado de efetivar este direito. Desse modo, ao ponto que os estudantes concordam que os indivíduos possuem o direito à saúde, sendo saúde, um bem inalienável da pessoa humana e um direito de cidadania, é uma forma de defender o acesso universal à saúde como prioridade para modificar as condições de vida de uma população¹³.

Além disso, o cuidado para garantir o direito à saúde a todos os cidadãos necessita de esforços advindos de todos os profissionais, de modo que a assistência à saúde, a prevenção e a recuperação de agravos sejam todos baseados nos princípios norteadores do SUS, os quais são essenciais para a melhoria das condições de vida dos indivíduos brasileiros. Desta maneira, entre estes profissionais, Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), destaca a Enfermagem, sendo o grupo de profissionais predominantes no atendimento dos usuários do SUS, desempenhando um papel fundamental para garantia ao acesso integral à saúde¹³.

Por isso, destaca-se que ao trazer reflexões já na graduação dos cursos da área da saúde sobre essa temática impõe-se uma forma de reafirmar os valores fundamentais de uma profissão e prática social que busca efetivar, em todos os planos, o bem-estar dos indivíduos⁹.

Ademais, as reivindicações atreladas ao acesso das ações e serviços de saúde representam o maior número de processos judiciais ligados à saúde¹⁴. Por mais que o sistema de saúde forneça recursos de forma universal, esses, contudo, não conseguem atender as demandas de todos os usuários, gerando casos de judicialização¹⁵.

Quanto ao grau de concordância em relação ao acesso a leitos e medicamentos de alto custo, os estudantes não concordam e nem discordam acerca de reivindicações para garantia de medicamentos de alto custo e leitos de internação, considerando a intervenção do Estado e os impactos financeiros. Da mesma forma que os estudantes se mostram imparciais em relação às judicializações relacionadas ao acesso, os estudiosos também acreditam que a utilização da via judicial encontra-se como um contrassenso, visto que as decisões judiciais garantem o acesso, mas também fazem com que não haja o cumprimento

das premissas do SUS, dado que o caráter de atendimento é predominantemente individual¹⁶.

Estudiosos da temática destacam o fato de que as decisões judiciais defendem apenas quem acessa o Judiciário e identificam que este acesso se dá apenas a uma parte dos indivíduos. Outro apontamento é que, considerando-se o direito a saúde como um direito social e que essa modalidade de direito objetiva a redução de desigualdades, as ações individuais não se encontram em sintonia com o princípio da igualdade, garantido na Constituição Federal de 1988⁴. Desta forma, as judicializações relacionadas ao acesso mostram-se duvidosas, ao ponto que garantem a efetivação do direito à saúde, porém ao mesmo tempo comprometem as políticas públicas de saúde no Brasil.

Os estudantes mostram-se mais concordantes em relação às demandas judiciais para garantias de medicamentos de alto custo. Os altos custos dos novos medicamentos afetam a assistência farmacêutica no SUS, na medida em que as ações judiciais obrigam o fornecimento dos medicamentos pelos órgãos públicos, com base no direito à saúde. Através dessas ações, o poder judiciário favorece para introdução de medicamentos não padronizados no SUS, assim como daqueles que não fazem parte de protocolos elaborados pelo Ministério da Saúde, causando assim uma desorganização na administração pública¹⁶.

Com relação à capacidade do Estado decidir e garantir leitos de internação para requerentes mesmo não vivenciando as realidades das instituições de saúde, os estudantes se mostraram mais discordantes. É notório que intervenção judicial no campo da saúde acarreta tensões no cotidiano dos profissionais de saúde, visto que a influência de instâncias e sujeitos que não pertencem os serviços de saúde impacta na rotina de trabalho, pois esses não vivenciam a realidade das instituições⁴.

Além disso, quando os leitos são requisitados de forma judicial, nem sempre os critérios para obtenção do leito são respeitados (paciente com grau de risco de vida bastante comprometido), diante disso, alguns profissionais relatam sentimento de desconforto ao serem obrigados a atender aos mandados¹⁵. Esse sentimento pode se dar em razão da discordância técnica dos profissionais com as decisões judiciais e da dificuldade de estabelecer um diálogo com o Judiciário para eventual argumentação¹⁷.

Quanto à cultura de segurança, os estudantes não concordam nem discordam

em relação à necessidade de uma cultura de segurança para melhora da atenção em saúde. Esse resultado aponta que os estudantes se mostram neutros em relação à temática, sendo assim, trabalhar a questão da cultura da segurança do paciente é uma forma de garantir a segurança do paciente e o desenvolvimento de melhores práticas pelos profissionais.

Um estudo que objetivou avaliar os projetos pedagógicos de cursos da área da saúde revelou que o ensino sobre segurança do paciente mostrou-se fragmentado, faltando aprofundamento e amplitude de conceitos. Percebeu-se também que cada curso valoriza os aspectos específicos para a formação que pretende ofertar. Em virtude disso, autores ressaltam a importância de que os professores de segurança do paciente e as coordenações de curso possam realizar uma revisão dos modelos pedagógicos adotados¹⁷.

Então, ainda que os estudantes se mostrem imparciais, a introdução dessa temática no decorrer da formação acadêmica dos profissionais da saúde é uma forma de modificar e reduzir a ocorrência de falhas no processo de trabalho¹⁶. Destaca-se que o Programa Nacional de Segurança do Paciente estabelece que as instituições formadoras incluam conteúdos relacionados à segurança do paciente, cultura de segurança nos currículos de graduação dos cursos da saúde¹⁸.

Dessa maneira, o grau de concordância dos estudantes nesse constructo (não concordam nem discordam), pode ser justificado pelo fato que os docentes não estejam totalmente preparados para articular o processo de ensino e aprendizagem que se aproximem das discussões nacionais e internacionais sobre essa temática, dificultando assim, a introdução da temática na formação dos graduandos¹⁹.

Comparando os três cursos, os estudantes de enfermagem concordam mais que discordam em relação à existência de uma cultura de segurança para melhora da atenção em saúde, à medida que os estudantes de medicina e direito não concordam e nem discordam. Dessa forma, pode-se identificar uma aproximação maior dos estudantes de enfermagem com a temática comparada aos estudantes de outros cursos, isso pode ser justificado ao fato de que os estudantes de enfermagem, futuros profissionais, possuem maior contato com o paciente, e estão diretamente ligados à realização de eventos que estão relacionados à ocorrência de erros na prática em saúde⁹. Além disso, ao se pesquisar estudos que abordem a segurança do paciente, geralmente, esses estão relacionados aos profissionais de enfermagem.

Embora os estudantes tenham se mostrado imparciais em relação ao profissional de saúde ser considerado a segunda vítima, a literatura traz que o termo “segunda vítima” começou a ser utilizado para descrever como os profissionais de saúde podem ser traumatizados por eventos de uma maneira parecida à do paciente (a primeira vítima). As reações relatadas pelos profissionais são sentimentos de medo, culpa, vergonha, perda de autoconfiança, raiva e desapontamento. A forma como a instituição de saúde, os gestores, bem como os colegas do profissional de saúde que cometeu o evento adverso reagem pode influenciar no aumento do impacto emocional a esse profissional²⁰.

Em relação ao erro profissional, os estudantes mais discordam que concordam que os profissionais competentes e cuidadosos não cometem erros e que os mesmos devem ser afastados de suas atividades profissionais quando cometem uma falha cometida no desempenho das atividades, sendo os estudantes de enfermagem mais discordantes em relação aos demais cursos.

Esse resultado mostra que os estudantes conseguem perceber que erros cometidos na assistência podem ser considerados como falhas que acontecem no sistema e não como falhas do indivíduo que cometeu o erro. É fundamental que os serviços de saúde trabalhem a ideia de aprender com o erro, onde a notificação da ocorrência de um evento adverso não seja elencada como forma de punição ao profissional que efetuou, e sim como elemento de aprendizagem para que ocorram melhorias no processo de trabalho, a fim de reduzir o acontecimento de danos aos pacientes²¹.

A conscientização dos profissionais da saúde, em especial, os enfermeiros e médicos, de que erros são acompanhantes inevitáveis da condição humana, mesmo que sejam profissionais conscientes e cuidadosos, talvez seja o primeiro passo para o início das mudanças necessárias. Erros devem ser admitidos como evidências de falha no sistema e encarados como uma oportunidade de aprendizagem e de aprimoramento da assistência prestada ao paciente. Por isso, a importância de se avaliar a percepção dos alunos, principalmente, do curso de graduação em medicina e enfermagem no que tange a segurança do paciente, pois serão os futuros profissionais atuantes na assistência à saúde da população²².

Os estudantes discordaram em relação à assertiva de que profissionais competentes e cuidadosos não cometem erros assistenciais que causam danos a pacientes. Um estudo realizado com os cursos de graduação em enfermagem e

medicina da Universidade Federal de São Paulo, em 2013, corrobora com essa afirmativa, visto que a maior parte dos alunos participantes do estudo discordou das assertivas que afirmavam que profissionais competentes e alunos comprometidos não cometem erros que causam danos aos paciente²².

Essas percepções dos estudantes mostram ser de compreensão dos graduandos que a análise do erro não pode ser individual, e sim como falhas que ocorrem sistema e que cada vez mais a assistência à saúde é realizada em ambientes dinâmicos e especializada, onde acontecem interações entre fisiopatologia, doença, equipe profissional, infraestrutura, equipamentos, normas e procedimentos.

Em relação à formação dos profissionais do Direito, Enfermagem e Medicina, os estudantes discordam mais que concordam que tais profissionais possuem formação satisfatória para a compreensão das questões relacionadas à judicialização da saúde e do erro assistencial.

Destaca-se que abordar questões sobre judicialização da saúde e do erro nos cursos de direito é uma forma de estimular o pensamento crítico-reflexivo necessário ao posicionamento ético no que tange às demandas jurídicas relacionadas a erro assistencial. Já em relação à formação dos profissionais da área da saúde, abordar essas questões é uma forma de estimular a reflexão sobre sua função de informar e fornecer conhecimentos científicos referentes ao exercício profissional, como também de aprimorar a consciência social e o senso de responsabilidade no acadêmico¹⁰.

Foram apresentadas diferenças na compreensão dos estudantes em relação à **formação dos profissionais do direito**, no qual os estudantes de direito não concordam e nem discordam, enquanto os estudantes de enfermagem e medicina discordam mais que concordam que existe preparo já na formação dos profissionais do direito para análise jurídica da judicialização da saúde e do erro assistencial. A imparcialidade dos estudantes do direito quanto ao preparo pode ser justificada pelo fato dos estudantes possuírem mais disciplinas voltadas ao direito à saúde ao se comparar com os outros cursos. Porém, geralmente, essas disciplinas estão voltadas para as leis de proteção do paciente do que para as leis de proteção dos profissionais de saúde¹⁰.

Os estudantes discordam que os profissionais do Direito são preparados já na graduação para interpretar o erro assistencial do ponto de vista jurídico, esse resultado corrobora com um estudo realizado com estudantes de medicina e direito na Universidade Federal de Juiz de Fora, onde os participantes do estudo negaram a aptidão dos profissionais de Direito para interpretar o erro do ponto de vista técnico¹⁰.

Nesse mesmo estudo, os estudantes do mesmo modo negaram aptidão dos profissionais de saúde em interpretar o erro médico do ponto de vista jurídico, o que está de acordo com os resultados encontrados neste estudo, no qual os estudantes também discordaram que os enfermeiros e médicos já são preparados na graduação para compreender as implicações jurídicas do erro assistencial¹⁰.

Essas respostas negativas relacionadas ao preparo profissional podem sinalizar que há uma falta, nos profissionais da saúde, de conhecimentos das leis implicadas na regulamentação de suas profissões, além da necessidade de os profissionais do Direito desenvolverem uma visão multidisciplinar ao conduzirem corretamente um processo judicial, cercado de pessoas habilitadas e capacitadas para realizarem julgamentos técnicos.

Ademais, esse sentimento de despreparo para lidar com situações que tangem o erro assistencial podem demonstrar um déficit na educação dos graduandos em saúde, na qual deve ser voltada inicialmente para as bases holísticas de cada curso, diminuindo assim, as possibilidades de iatrogenias¹⁰. Desta maneira, deve ser abordado já na graduação assuntos como a relação profissional-paciente, a comunicação entre a equipe, pacientes e familiares e o enfoque biopsicossocial do paciente¹⁸.

Quanto ao sentimento de despreparo na graduação dos estudantes de direito em relação ao erro assistencial, a falta de conteúdos que abordem essa temática na formação, podem gerar futuros profissionais com competências pouco desenvolvidas para decidir questões de judicialização relacionadas ao âmbito da saúde⁷.

CONCLUSÃO

No que tange ao instrumento utilizado nesta pesquisa, constata-se que a Escala de judicialização da saúde e do erro assistencial para os estudantes de

enfermagem, medicina e direito, apresentou validade fatorial e índices de consistência interna satisfatórios, comprovando a fidedignidade dos constructos do instrumento.

Destacam-se os resultados em relação aos constructos de Formação dos Profissionais da Enfermagem e Medicina e Formação dos profissionais do Direito, onde em ambos os constructos, os estudantes discordam mais que concordam que há formação dos profissionais do direito, enfermagem e medicina para a compreensão das questões relacionadas à judicialização da saúde e do erro assistencial.

Por isso, salienta-se a importância da abordagem dessas questões no decorrer do curso, pois é uma forma de estimular uma formação em direito mais crítica-reflexiva, com melhor discernimento sobre os processos jurídicos, e uma formação em enfermagem e medicina mais ética e com uma visão mais holística.

Analisar a compreensão dos estudantes em relação à judicialização da saúde e do erro assistencial é uma forma de investigar se esses estudantes da saúde estão preparados para lidar com questões jurídicas e se os alunos do direito conseguem lidar com processos que tangem a saúde, considerando que o estudante de hoje será o profissional de amanhã e que posteriormente esse estudante tende a reproduzir, em suas práticas profissionais futuras, o mesmo modelo vivenciado durante sua graduação.

Ressalta-se que estudo teve como limitações, sua realização em uma população específica de estudantes de uma universidade pública do sul do Brasil, não sendo possível a generalização dos seus resultados. O trabalho demonstra a necessidade de outros estudos sobre Compreensão da Judicialização em saúde e do erro assistencial entre estudantes de graduação em enfermagem, medicina e direito atentando para como esses estudantes estão sendo preparados para lidar com questões jurídicas e da saúde.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira MRM, Duque MCD, Sousa MF, Mendonça M. Judicialização da saúde: para onde caminham as produções científicas?. Revista Saúde Debate. Abr-jun de 2015. v. 39, n. 105, p.525-535. DOI: 10.1590/0103-110420151050002019.

2. Diniz D, Machado TRC, Penalva J. A judicialização da saúde no Distrito Federal, Brasil. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 2014. 19(2):591-598. DOI: 10.1590/1413-81232014192.23072012.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente- Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde; Fundação Oswaldo Cruz – Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2013.
4. Ramos RS, Gomes AMT, Guimarães RM, Santos EI. A judicialização da saúde Contextualizada na dimensão prática das representações sociais dos Profissionais de saúde. *Revista Dir. sanit. Jul./out.* 2017. 18 (2) 18-38. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v18i2p18-38>.
5. Santos ECB, TCRS, Zanetti ML, Istilli PT, Pereira LHTR, Torquato MTCG . Judicialização da saúde: acesso ao tratamento de usuários com diabetes mellitus. *Texto Contexto Enferm*, 2018; 27(1):e0800016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180000800016>.
6. Travassos DV, Ferreira RC, Vargas AMD, Moura RN, Conceição EMA, Marques DF. Judicialização da Saúde: um estudo de caso de três tribunais brasileiros. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013. 18(11):3419-3429.
7. Ventura M, Luciana S, Vera LEP, Fermin RS . Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. *Revista de Saúde Coletiva*. 2010. 20 [1]: 77-100.
8. Pinheiro RA. A judicialização da medicina. *Jus.com.br*. 2017. 1-31, 2017. Disponível em:< <https://jus.com.br/artigos/57500/a-judicializacao-da-medicina>>.
9. Carvalho EC, David HMSL. Judicialização da saúde, problema e solução: questões para a enfermagem. *Rev. enferm. UERJ*, 2013 out/dez; 21(4):546-50.
10. Neto JAC, Sirimarco MT, Figueiredo NSV, Barbosa TN, Silveira TG. Erro Médico: a Perspectiva de Estudantes de Medicina e Direito. *REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA*. 2011. 35 (1) : 5-12.
11. Hill MM, Hill A. *Investigação por questionário*. Lisboa: Editora Sílabo, 2012.
12. Vieira S. *Como elaborar questionários* São Paulo: Atlas, 2009.
13. COFEN. Conselho federal de enfermagem. *Enfermagem em defesa da saúde como direito constitucional*. 2016. Disponível em: < http://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-defesa-da-saude-como-direito-constitucional_43418.html>.
14. Schulze CJ. *Novos números sobre a judicialização da saúde*. Empório do Ciências da Saúde, Santa Maria Direito. 2016. s/v, s/n, p. 1-3. Disponível em:< <http://emporiiododireito.com.br/leitura/novos-numeros-sobre-a-judicializacao-da-saude-por-clenio-jair-schulze>>.
15. Gomes FFC, Mariângela C L, Machado CD, Santos VC , Acurcio FA , Andrade ELG. Acesso aos procedimentos de média e alta complexidade no Sistema Único de Saúde: uma questão de judicialização. *Cad. Saúde Pública*. Janeiro de 2014. 30(1):31-43.

16. Ramos RS, Gomes AMT, Oliveira DC, Marques SC, Spindola T, Nogueira VPF. O acesso às ações e serviços do Sistema Único de Saúde na perspectiva da judicialização. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2016;24:e2797. DOI: 10.1590/1518-8345.1012.2689.
17. Bohomol E, Freitas MAO, Cunha ICKO. Ensino da segurança do paciente na graduação em saúde: reflexões sobre saberes e fazeres. 2016; 20(58):727-41. DOI: 10.1590/1807-57622015.0699.
18. Wegner W, Silva SC, Kantorski KJC, Predebon CM, Sanches MO, Pedro ENR. Educação para cultura da segurança do paciente: Implicações para a formação profissional. *Esc Anna Nery* 2016;20(3):e20160068. DOI: 10.5935/1414-8145.20160068.
19. Fonseca IA. segurança do paciente no contexto da graduação em enfermagem: um dilema entre o teórico e prático Pesquisa qualitativa – convergente assistencial. 2017. 99f. Dissertação apresentada ao Programa de mestrado profissional em Enfermagem Assistencial da Universidade Federal Fluminense como parte dos requisitos para obtenção do título de mestre. Universidade Federal Fluminense. Niterói, 2017.
20. Ullstrom S, andreen SM, hansson J, ovretveit J, brommels M. Suffering in silence: a qualitative study of second victims of adverse events. *BMJ Qual Saf* 2014;23:325–331. doi:10.1136/bmjqs-2013-002035.
21. Sousa MF, Oliveira MRM, Duque MCD, Mendonça M. Judicialização da saúde: para onde caminham as produções científicas?. *Revista Saúde Debate*. Abr-jun de 2015. v. 39, n. 105, p.525-535.
22. Yoshikawa JM, Sousa BEC, Peterlini MAS, Kusahara DM, Pedreira MLG, Avelar AFM. Compreensão de alunos de cursos de graduação em enfermagem e medicina sobre segurança do paciente. *Acta Paul Enferm*. 2013; 26(1):21-9.

6 CONCLUSÃO

No que tange ao instrumento utilizado nesta pesquisa, constata-se que a Escala de judicialização da saúde e do erro assistencial para os estudantes de enfermagem, medicina e direito, apresentou validade fatorial e índices de consistência interna satisfatórios, comprovando a fidedignidade dos constructos do instrumento.

Ressalta-se que o estudo teve como limitações, sua realização em uma população específica de estudantes do quinto ano dos cursos de enfermagem, medicina e direito da Universidade Federal do Rio Grande, não sendo possível a generalização dos seus resultados. O trabalho demonstra a necessidade de outros estudos sobre Compreensão da Judicialização em saúde e do erro assistencial entre estudantes de graduação em enfermagem, medicina e direito atentando para como esses estudantes estão sendo preparados para lidar com questões jurídicas e da saúde.

Essa pesquisa atingiu o objetivo proposto inicialmente, realizando a elaboração de um instrumento para analisar a compreensão de estudantes de enfermagem, medicina e direito acerca da judicialização em saúde e do erro assistencial.

Destacam-se os resultados em relação aos constructos de Formação dos Profissionais da Enfermagem e Medicina e Formação dos profissionais do Direito, onde em ambos os constructos, os estudantes discordam mais que concordam que há formação dos profissionais do direito, enfermagem e medicina para a compreensão das questões relacionadas à judicialização da saúde e do erro assistencial.

Por isso, salienta-se a importância da abordagem dessas questões no decorrer do curso, pois é uma forma de estimular uma formação em direito mais crítica-reflexiva, com melhor discernimento sobre os processos jurídicos, e uma formação em enfermagem e medicina mais ética e com uma visão mais holística.

Analisar a compreensão dos estudantes em relação à judicialização da saúde e do erro assistencial é uma forma de investigar se esses estudantes da saúde estão preparados para lidar com questões jurídicas e se os alunos do direito conseguem lidar com processos que tangem a saúde, considerando que o estudante

de hoje será o profissional de amanhã e que posteriormente esse estudante tende a reproduzir, em suas práticas profissionais futuras, o mesmo modelo vivenciado durante sua graduação.

Espera-se contribuir significativamente a partir dos resultados apresentados neste estudo, possibilitando que outras pesquisas sejam realizadas e que questões como judicialização da saúde e do erro comecem a serem abordadas nos cursos de graduação.

REFERÊNCIAS

- AASLAND, O.G. FORD, R. Impact of feeling responsible for adverse events on doctors' personal and professional lives: the importance of being open to criticism from colleagues. **Qual Saf Health Care** s/v, n.17, p.14-13, 2005.
- ANDRADE, Z.T.M. **Da efetivação do direito à saúde no Brasil, 2019**. Disponível em < http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=9037>. Acesso em: 14 de fev.2019
- ANVISA. Série: Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. **Investigação de eventos adversos em serviços de saúde**. Brasil, 2013b.
- ANVISA. Série: Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente e, Serviços de Saúde**. Brasil, 2014.
- APPOLINÁRIO, F. **Metodologia da ciência: filosofia e prática da pesquisa**. 2ª ed. São Paulo: Cengage Learning, 2012.
- BOHOMOL, E; FREITAS, M.A.O; CUNHA, I.C.K.O. Ensino da segurança do paciente na graduação em saúde: reflexões sobre saberes e fazeres. *Revista Interface (Botucatu)*. V.20, n.58, p.727-41, 2016.
- BRAGA, I. F. A *et al.* Responsabilização penal do médico no Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. **Revista Enstein.**, v.16, n.1, p.1-5, 2018.
- BRASIL. Consultoria Jurídica da Advocacia Geral da União junto ao Ministério da Saúde – CONJUR/MS. Manual de Judicialização da saúde no Brasil: Desafios para a mediação. Brasília: **CONJUR/MS/Christabelle-Ann Xavier**, 2017. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/maio/17/JUDICIALIZACAO%20DA%20SAUDE%20NO%20BRASIL%20Desafios%20para%20a%20mediacao.pdf>>. Acesso em: 17 set. 2018.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial da**

União. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 18 set. 2018.

BRASIL. Lei n.º 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. **Diário Oficial da União.** 11 jan. 2002. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406.htm>. Acesso em: 24 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz – Brasília: **Agência Nacional de Vigilância Sanitária**, 2013. Disponível em:<<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos>>. Acesso em: 18 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz – Brasília: **Agência Nacional de Vigilância Sanitária**, 2014. Disponível em: <<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/documento-de-referencia-para-o-programa-nacional-de-seguranca-do-paciente>>. Acesso em: 17 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente- Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde; Fundação Oswaldo Cruz – Brasília: **Agência Nacional de Vigilância Sanitária**, 2013. Disponível em: <<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/plano-integrado-para-a-gestao-sanitaria-da-seguranca-do-paciente-em-servicos-de-saude>>. Acesso em: 17 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o programa nacional de segurança do paciente.** Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014.

CALLIARI, Gabriela; TEIXEIRA, Alessandra Vanessa. A judicialização da saúde e a má distribuição de recursos para medicamentos de baixa escala e/ou alto custo. **Revista Eletrônica Direito e política.**v.12, n.1, s/p. 2017.

CALORI, M. A.; GUTIERREZ, S. L.; GUIDI, T. A. Segurança do paciente: promovendo a cultura de segurança. **Revista Saúde em foco.** s/v, n.7, s/p. 2015.

CAMPANELLA, L. M. C. **Responsabilidade civil do Estado por omissão.** Jus.com.br., s/v, s/n, p. 1-3, 2014. Disponível em:<<https://jus.com.br/artigos/28419>>. Acesso em: 16 set. 2018.

CAMPOS, N.O.H. *et al.* Médicos, advogados e indústria farmacêutica na judicialização da saúde em Minas Gerais, Brasil. **Revista Saúde Pública.** v.46, n.5, p. 784-90, 2012.

CANADIAN SAFETY INSTITUTE. **Canadian Disclosure Guidelines: Being with patients and families.** Ottawa: 2011

CARVALHO, G. Saúde Pública. **Estudos avançados**. v. 27, n. 78, p. 1-22, 2013.

CARVALHO, E. C.; DAVID, H. M. S. L. Judicialização da saúde, problema e solução: questões para a enfermagem. **Revista enferm UERJ**.v.21, n.4, p. 546-50, 2013.

CESTARI, V. R. F. *et al.* Aplicabilidade de inovações e tecnologias assistenciais para a segurança do paciente: revisão integrativa. **Revista Cogitare Enferm**. v.22, n.3, s/p, 2017.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Enfermagem em defesa da Saúde como direito constitucional. 2016. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-defesa-da-saude-como-direito-constitucional_43418.html>. Acesso em: 20 out. 2018.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Ficha Catalográfica de Justiça Pesquisa**. Judicialização da saúde no Brasil, 2015. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/files/conteudo/arquivo/2018/02/4292ed5b6a888bdcac178d51740f4066.pdf>> . Acesso em: 10 set. 2018.

COSTA, D. K. P. *et al.* Nursing care in prenatal and patient safety: integrative review. **J Nurs UFPE on line.**, Recife, 10(Supl. 6):4909-19, Dec., 2016.

DEVELLIS, R.F. Scale development: theory and applications. **Newbury Park, CA:** Sage, 2012.

DINIZ, D.; MACHADO, T. R. C.; PENALVA, J. A judicialização da saúde no Distrito Federal, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19 , n.2, p.591-598, 2014.

DUARTE, S. C. M. *et al.* Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. **Revista Bras Enferm**. v.68, n.1, p.144-54, 2015.

FERRAZ, O. L. M.; WANG, D. W. L. As duas portas do SUS. **Folha de S. Paulo**. 2014.

FONSECA, I.A. segurança do paciente no contexto da graduação em enfermagem: um dilema entre o teórico e prático Pesquisa qualitativa – convergente assistencial. 2017. 99f. Dissertação apresentada ao Programa de mestrado profissional em Enfermagem Assistencial da Universidade Federal Fluminense como parte dos requisitos para obtenção do título de mestre. Universidade Federal Fluminense. Niterói, 2017.

GAYA, A. **Ciências do movimento humano**: introdução à metodologia da pesquisa. Porto Alegre: Artmed, 2008.

GRAY, D.E. **Pesquisa no Mundo Real**. 2. Ed. Porto Alegre: Penso, 2012.

GOMES, T. R.; DELDUQUE; M. C. O Erro médico sob o olhar do Judiciário: uma investigação no Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios. **Caderno Ibero-Amer**. Dir. Sanit., Brasília, v. 6, n.1, p. 72-85, 2017.

GOMES, F.F.C, et al. Acesso aos procedimentos de média e alta complexidade no Sistema Único de Saúde: uma questão de judicialização. **Revista Caderno Saúde Pública**. v.30, n.1, p.31-43, 2014.

HILL, M. M.; HILL, A. Investigação por questionário. **Lisboa**: Editora Sílabo, 2012.

HULLEY, S. B. *et al.* Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica. Porto Alegre: **Artmed**, 2008.

MARCHON, S.G.; JUNIOR MENDES, W. V.; PAVÃO, A. L. B. Características dos eventos adversos na atenção primária à saúde no Brasil. **Caderno Saúde Pública**. v.31, n.11, p.2313-2330, 2015.

MENDONÇA, V. S.; CUSTÓDIO, E. M. O erro médico e o respeito às vítimas. **Boletim de Psicologia**. v. 67, n. 145, p. 123-134, 2016.

MENDOZA- Gutiérrez, L. M. G. et al. Costos de eventos adversos graves en un Hospital Comunitario de Enseñanza en México. **Revista Cirugía y Cirujanos**. v.83, n.3, p.211-216, 2015.

MONTEIRO, A. S. M.; CASTRO, L. P. G; Judicialização da Saúde: Causas e consequências. **Pontífica Universidade Católica de Goiás. Programa de Pós-Graduação em vigilância sanitária**. 2013. Disponível em: <<http://www.cpgls.pucgoias.edu.br/8mostra/Artigos/SAUDE%20E%20BIOLOGICAS/JUDICIALIZAÇÃO%20DA%20SAÚDE%20CAUSAS%20E%20CONSEQUÊNCIAS%20ANDRÉA%20SOUTO%20MARTINS%20MONTEIRO.pdf>>. Acesso em: 17 set. 2018.

MUNIZ, M. Jota info. **Judicialização da saúde resultou em 1,5 milhão de processos em 2017, 2017**. Disponível em:< <https://www.jota.info/justica/processos-sobre-judicializacao-da-saude-chegam-15-milhao-em-2017-12122017>>. Acesso em: 14 set. 2018.

NASCIMENTO, J. C.; DRAGANOV, P. B. História da qualidade em segurança do paciente. **Hist enferm Rev eletrônica**.v.6, n.2, p.299-309, 2015.

NETO, J. A. C. *et al.* Erro Médico: a Perspectiva de Estudantes de Medicina e Direito. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v. 35, n. 1, p.5-12; 2011.

NORONHA, J.C.; PEREIRA, T. R. Princípios do sistema de saúde brasileiro. **Saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde [online]**. v. 3, s/n, p. 19-32, 2013.

OATES, K *et al.* Changing medical student attitudes to patient safety: a multicentre study. **BMC Medical Education** v.18, n.205, s/p, 2018.

OLIVEIRA, A. C.; GARCIA, P. C.; NOGUEIRA, L. S. Carga de trabalho de enfermagem e ocorrência de eventos adversos na terapia intensiva: revisão sistemática. **Revista Esc Enferm**. v.50, n.4, p.683-694, 2016.

OLIVEIRA, M. R. M. *et al.* Judicialização da saúde: para onde caminham as produções científicas?. **Revista Saúde Debate**. v. 39, n. 105, p. 525-535, 2015.

OMS. **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)** - 1946. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 18 set. 2018.

ONU. **Declaração Universal dos Direitos do Homem**. 1948. Disponível em http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/por.pdf. Acesso em: 19 set. 2018.

PAESE, F.; SASSO, G. T. M. D. Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde. **Revista Texto Contexto Enferm**. v. 22, n. 2, p. 302-10, 2013.

PAIVA, M. C. M. S. *et al.* The reasons of the nursing staff to notify adverse events. **Revista Latino-Americana Enfermagem**. v.22, n.5, p.747-54, 2014.

PEIXOTO, T. C.; PASSOS, C. I.; BRITO, J. M. Responsabilidade e sentimento de culpa: uma vivência paradoxal dos profissionais de terapia intensiva pediátrica. **Revista Interface**. v.22, n.65, p. 461-472, 2017.

PEÑA M. P. A. *et al.* Prioridades en seguridad del paciente en Atención Primaria. **Revista Aten Primaria**. v.48, n.1, p.3-7 , 2016.

PINHEIRO, R. A. **A judicialização da medicina**. Jus.com.br., s/v, s/n, p.1-31, 2017. Disponível em:< <https://jus.com.br/artigos/57500/a-judicializacao-da-medicina>>. Acesso em: 16 set. 2018.

PREST, A. C.; PAZÓ, C. G. A responsabilidade civil dos profissionais de enfermagem frente aos erros na terapêutica medicamentosa. **Revista da Faculdade de Direito – UFPR**. v. 59, n. 2, p. 91-117, 2014.

RAMOS, R.S. *et al.* O acesso às ações e serviços do Sistema Único de Saúde na perspectiva da judicialização. **Revista Latino-Americana. Enfermagem**. s/v, s/n, s/p, 2016.

RAMOS, R.S. *et al.* A judicialização da saúde Contextualizada na dimensão prática Das representações sociais dos Profissionais de saúde. **Revista Dir. sanit.**, v.18 n.2, p. 18-38, 2017.

REIS, G. A. X. *et al.* Implantação das estratégias de segurança do paciente: percepções de enfermeiros gestores. **Revista Texto Contexto Enferm**. v.26, n. 2, s/p, 2017.

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 Saúde Pública**. v.32, n.10, s/p, 2016.

SAMMER, C. E. *et al.* What is Patient Safety Culture? A review of the literature. **Journal of Nursing Scholarship**, v. 42, n. 2, p. 156-165, 2010.

SANTOS, E. C. B. *et al.* judicialização da saúde: acesso ao tratamento de usuários com diabetes mellitus. **Revista Texto Contexto Enferm.**, v.27, n. 1, s/p, 2018.

SCHULZE, C. J. Novos números sobre a judicialização da saúde. **Empório do Ciências da Saúde, Santa Maria Direito**. s/v, s/n, p. 1-3, 2016. Disponível em:< <http://emporiiodireito.com.br/leitura/novos-numeros-sobre-a-judicializacao-da-saude-por-clenio-jair-schulze>>. Acesso em: 14 set. 2018.

SILVA, A. C. A. *et al.* A segurança do paciente em âmbito hospitalar: revisão integrativa de literatura. **Revista Cogitare Enferm.** v. 21, s/n, p. 01-09, 2016.

SILVA, A. P. F. *et al.* **Segurança do paciente na atenção básica em saúde.**, v. 18, n. 3, p. 563-573, 2017.

SOUSA, P.; MENDES, W. Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. v.1. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2014. 452 p.

SOUZA, M.R. M. *et al.* Judicialização da saúde: para onde caminham as produções científicas?. **Revista saúde debate**. v. 39, n. 105, p.525-535, 2015.

SOUZA, V. S. *et al.* Erros de enfermagem no processo de medicação: análise de mídia eletrônica televisiva. **Revista Esc Anna Nery**. v.22, n.2, s/p, 2018.

SPINA, V. P. L.; SÁ, E. C. Perfil das demandas judiciais cíveis por erro médico em Ginecologia e Obstetrícia no Estado de São Paulo. **Revista Saúde, Ética & Justiça**. v. 20, n. 1, p. 15-20, 2015.

TRAVASSOS, D. V *et al.* Judicialização da Saúde: um estudo de caso de três tribunais brasileiros. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. v.18, n. 11, p. 3419-3429, 2013.

ULLSTROM, S. *et al.* Sofrendo em silêncio: um estudo qualitativo das segundas vítimas de eventos adversos. **Qualidade e Segurança do British Medical Journal**. v. 23, s/n, s/p, 2014.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE (FURG). Pró-reitoria de graduação. **Projeto pedagógico do curso de enfermagem**. Rio Grande, 87p., 2018.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE (FURG). Pró-reitoria de graduação. **Projeto pedagógico do curso de medicina**. Rio Grande, 87p., 2018.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE (FURG). Pró-reitoria de graduação. **Projeto pedagógico do curso de direito**. Rio Grande, 87p., 2019.

VENTURA, M. *et al.* Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. **Revista de Saúde Coletiva**., v. 20, n. 1, p. 77-100, 2010.

VIEIRA, S. Como elaborar questionários São Paulo: Atlas, 2009.

WACHTER, R. M. **Compreendendo a segurança do paciente**. s/v, s/n, s/p, 2013.

WEGNER, W. *et al.* Educação para cultura da segurança do paciente: Implicações para a formação profissional. **Revista Escola Anna Nery**. v.20, n.3, s/p, 2016.

WHO, 2009 título Conceptual framework for the international classification for patient safety. Version 1.1. Final Technical Report.

WU, A.W. Medical error: the second victim. The doctor who makes a mistake needs help too. **British Medical Journal**. s/v, n.27, p.320-726, 2000.

WU, A. W. *et al.* Do house officers learn from their mistakes? **JAMA** . v.94, s/n, p. 265-2089, 1991.

YOSHIKAWA, J. M, *et al.* Compreensão de alunos de cursos de graduação em enfermagem e medicina sobre segurança do paciente. *Revista Acta Paul Enferm.* v.26, n.1, p.21-29, 2013

ZAGANELLI, M. V.; PIVA, E. B. Judicialização da saúde e a obtenção de medicamentos de alto custo: à procura de uma contenção saudável. **Revista Eletrônica de Direito do Centro Universitário Newton Paiva**. s/v, n.33, p.156-172, 2017.

APÊNDICE B

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)³

Eu, _____ concordo voluntariamente em participar da pesquisa desenvolvida pela acadêmica do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande – FURG, Gabriela do Rosário Paloski (gabipaloski@outlook.com) intitulada, “**JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE E DO ERRO ASSISTENCIAL**: compreensão de estudantes de enfermagem, medicina e direito”, sob orientação da Prof^a Dr^a Jamila Geri Tomaschewski Barlem.

PROCEDIMENTOS: Fui informado (a) de que o objetivo geral do estudo será “Analisar a compreensão dos estudantes de enfermagem, medicina e direito acerca da judicialização da saúde e do erro assistencial”. A metodologia empregada prevê a aplicação de um questionário estruturado para a coleta dos dados. A participação é livre e voluntária, podendo você participante, desistir a qualquer momento, retirando este consentimento sem penalização alguma.

DESPESAS: Eu não terei que pagar para participar do estudo, ou seja, não haverá custos e não haverá nenhuma forma de compensação financeira. **CONFIDENCIALIDADE:** Estou ciente que a minha identidade permanecerá confidencial durante todas as etapas do estudo. A identidade do mesmo permanecerá em sigilo absoluto durante todo o processo de coleta de dados e posteriormente publicação dos resultados.

ESCLARECIMENTO: Os benefícios da pesquisa estão relacionados com a visualização de como o processo de formação do acadêmico de enfermagem, medicina e direito vem capacitando-os sobre a Judicialização em Saúde, subsidiando o estabelecimento de Projetos Pedagógicos que sanem as demandas educacionais capazes de contribuir para a formação de um profissional habilitado para defender as questões humanas fundamentais, a fim de melhorar as práticas em saúde.

Declaro que fui igualmente esclarecido da garantia de requerer esclarecimentos, antes e durante o desenvolvimento deste estudo; da garantia de que não haverá riscos físicos e, que no caso de ocorrer constrangimentos decorrentes de algum questionamento, poderá ser solicitado o acompanhamento do serviço de psicologia da Pró-Reitoria de Assuntos Estudantis, da Universidade Federal do Rio Grande. Caso existam dúvidas quanto a sua participação ou sobre a ética da pesquisa, por favor, contatar a pesquisadora responsável Jamila G. T. Barlem pelo telefone (53) 33374614 ou pelo e-mail: jambilabarlem@furg.br.

Assinatura do participante: _____

Data: ____/____/____.

Prof^a Dr^a Jamila Geri Tomaschewski Barlem
Pesquisadora Responsável

³ O presente TCLE terá duas vias, uma ficará com o pesquisador e a outra com o participante da pesquisa.

Contato do CEPAS-FURG: **Endereço:** Rua Visconde de Paranaguá, 102/Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Júnior
Bairro: Campus Saúde **CEP:**96201-900 **Cidade:**Rio Grande **UF:**RS
Telefone: 53 - 3237.4652 **E-mail:** cepas@fugr.br

APÊNDICE C
SOLICITAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
GRADUAÇÃO DO CURSO EM ENFERMAGEM

Prezados coordenadores,

Como estudante do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande - FURG, orientada pela Professora Prof^a Dr^a Jamila Geri Tomaschewski Barlem venho por meio deste documento, solicitar a sua autorização para desenvolver e realizar a pesquisa intitulada "**JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE E DO ERRO ASSISTENCIAL: compreensão de estudantes de enfermagem, medicina e direito**", junto aos estudantes do curso de graduação em enfermagem de sua instituição.

Tenho como **objetivo geral**: Analisar a compreensão dos estudantes de enfermagem, medicina e direito acerca da judicialização da saúde e do erro assistencial.

A metodologia utilizada no estudo fundamenta-se na realização de uma pesquisa metodológica e quantitativa exploratória- descritiva, com aplicação de um questionário estruturado para a coleta dos dados.

Fica assegurado, pelo compromisso ético, manter o anonimato de todos os participantes envolvidos na pesquisa, bem como resguardar a instituição, conforme a Resolução 466/12 do CONEP/MS.

Contando, desde já com vosso apoio, agradeço pela oportunidade de poder realizar um estudo pouco explorado, colocando-me à disposição para possíveis esclarecimentos e dúvidas.

Cordialmente ,

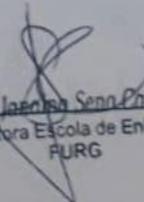
Gabriela do Rosário Paloski

Jamila Geri Tomaschewski Barlem

Contato: e-mail: gabipaloski@outlook.com

Data: / /

Coordenação de enfermagem:


Prof.^a Dr.^a Jaqueline Sena Postnheim
Vice-Diretora Escola de Enfermagem
FURG

APÊNDICE D
SOLICITAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
GRADUAÇÃO DO CURSO EM ENFERMAGEM

Prezados coordenadores,

Como estudante do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande - FURG, orientada pela Professora Prof^a Dr^a Jamila Geri Tomaschewski Barlem venho por meio deste documento, solicitar a sua autorização para desenvolver e realizar a pesquisa intitulada "**JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE E DO ERRO ASSISTENCIAL**: compreensão de estudantes de enfermagem, medicina e direito", junto aos estudantes do curso de graduação em Medicina de sua instituição.

Tenho como **objetivo geral**: Analisar a compreensão dos estudantes de enfermagem, medicina e direito acerca da judicialização da saúde e do erro assistencial.

A metodologia utilizada no estudo fundamenta-se na realização de uma pesquisa metodológica e quantitativa, exploratória-descritiva, com aplicação de um questionário estruturado para a coleta dos dados.

Fica assegurado, pelo compromisso ético, manter o anonimato de todos os participantes envolvidos na pesquisa, bem como resguardar a instituição, conforme a Resolução 466/12 do CONEP/MS.

Contando, desde já com vosso apoio, agradeço pela oportunidade de poder realizar um estudo pouco explorado, colocando-me à disposição para possíveis esclarecimentos e dúvidas.

Cordialmente,

Gabriela do Rosário Paloski

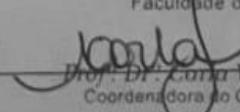
Jamila Geri Tomaschewski Barlem

Contato: e-mail: gabipaloski@outlook.com

Data: ____/____/____

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG
Faculdade de Medicina

Coordenação do curso: _____


Prof. Dr. Carla Vitola Gonçalves
Coordenadora do Curso de Medicina

APÊNDICE E
SOLICITAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
GRADUAÇÃO DO CURSO EM ENFERMAGEM

Prezados coordenadores,

Como estudante do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande - FURG, orientada pela Professora Prof^a Dr^a Jamila Geri Tomaszewski Barlem venho por meio deste documento, solicitar a sua autorização para desenvolver e realizar a pesquisa intitulada "**JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE E DO ERRO ASSISTENCIAL**: compreensão de estudantes de enfermagem, medicina e direito", junto aos estudantes do curso de graduação em Direito de sua instituição.

Tenho como **objetivo geral**: Analisar a compreensão dos estudantes de enfermagem, medicina e direito acerca da judicialização da saúde e do erro assistencial.

A metodologia utilizada no estudo fundamenta-se na realização de uma pesquisa metodológica e quantitativa, exploratória-descritiva, com aplicação de um questionário estruturado para a coleta dos dados.

Fica assegurado, pelo compromisso ético, manter o anonimato de todos os participantes envolvidos na pesquisa, bem como resguardar a instituição, conforme a Resolução 466/12 do CONEP/MS.

Contando, desde já com vosso apoio, agradeço pela oportunidade de poder realizar um estudo pouco explorado, colocando-me à disposição para possíveis esclarecimentos e dúvidas.

Cordialmente ,

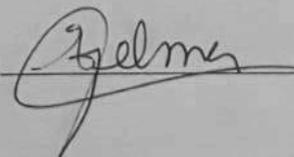
Gabriela do Rosário Paloski

Jamila Geri Tomaszewski Barlem

Contato: e-mail: gabipaloski@outlook.com

Data: 02/05/2019

Coordenação do curso: _____



ANEXO A- PARECER DO CEPAS

CEPAS / FURG
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE
Universidade Federal do Rio Grande - FURG
www.cepas.furg.br

PARECER Nº 09/2019

CEPAS 124/2018

Processo: 23116.011013/2018-40

CAAE: 03580918.3.0000.5324

Título da Pesquisa: Judicialização em saúde: compreensão de estudantes de enfermagem, medicina e direito

Pesquisador Responsável: Jamila Geri Tomaschewski Barlem

PARECER DO CEPAS:

O Comitê, considerando tratar-se de um trabalho relevante, o que justifica seu desenvolvimento, bem como o atendimento à pendência informada no parecer 262/2018, emitiu o parecer de **APROVADO** para o projeto: "**Judicialização em saúde: compreensão de estudantes de enfermagem, medicina e direito**".

Segundo normas da CONEP, deve ser enviado relatório final de acompanhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme modelo disponível na página <http://www.cepas.furg.br>.

Data de envio do relatório final: 30/06/2019.

Após aprovação, os modelos de autorizações e ou solicitações apresentados no projeto devem ser re-enviados ao Comitê de Ética em Pesquisa devidamente assinados.

Rio Grande, RS, 20 de Janeiro de 2019.

Profª. Eli Sinnott Silva

Coordenadora do CEPAS/FURG