

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
ESCOLA DE ENFERMAGEM AURORA DE AFONSO COSTA
CURSO DE GRADUAÇÃO E LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

AMANDA ROCHA AMARAL NOGUEIRA TOMAZ

EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE: UMA REVISÃO
INTEGRATIVA

NITERÓI
2014

AMANDA ROCHA AMARAL NOGUEIRA TOMAZ

**EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE:
UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem e Licenciatura da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, da Universidade Federal Fluminense, como parte das exigências para obtenção do grau de Bacharel e Licenciado em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Ana Karine Ramos Brum

Niterói, RJ
2014

T 655 Tomaz, Amanda Rocha Amaral Nogueira.
Evidências científicas sobre segurança do paciente:
uma revisão integrativa./ Amanda Rocha Amaral Nogueira
Tomaz. – Niterói: [s.n.], 2014.
69 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em
Enfermagem) - Universidade Federal Fluminense, 2014.
Orientador: Prof^a. Ana Karine Ramos Brum.

1. Enfermagem. 2. Segurança do Paciente. 3.
Gerenciamento de Segurança. I.Título.

AMANDA ROCHA AMARAL NOGUEIRA TOMAZ

**EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE:
UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem e Licenciatura da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, da Universidade Federal Fluminense, como parte das exigências para obtenção do grau de Bacharel e Licenciado em Enfermagem.

Aprovado em: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Ana Karine Ramos Brum – UFF
Orientadora

Prof^a Dr^a Simone Cruz Machado Ferreira – UFF
1^a Examinadora

Prof^a Dnd Miriam Marinho Chrizostimo – UFF
2^a Examinadora

Niterói
2014

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, por nunca ter me abandonado nos momentos difíceis e por me reerguer quando eu estive fraca e pensei que não conseguiria alcançar meus objetivos. Por ter me dado sua mão, me carregado no colo e me protegido sempre, em todos os momentos da minha vida. Obrigada, meu Pai.

Poderia ficar aqui pra sempre escrevendo e nenhuma das palavras alcançaria o tamanho agradecimento que dedico hoje aos meus pais, portanto deixo uma breve mensagem que fala por mim: A vocês, que nos deram a vida e nos ensinaram a vivê-la com dignidade, não bastaria um obrigado. A vocês, que iluminaram os caminhos obscuros com afeto e dedicação para que os trilhássemos sem medo e cheios de esperanças, não bastaria um muito obrigado. A vocês, que se doaram inteiros e renunciaram aos seus sonhos, para que, muitas vezes, pudéssemos realizar os nossos. Pela longa espera e compreensão durante nossas longas viagens, não bastaria um muitíssimo obrigado. A vocês, pais por natureza, por opção e amor, não bastaria dizer, que não tenho palavras para agradecer tudo isso, mas é o que acontece agora, quando procuro arduamente uma forma verbal de exprimir uma emoção ímpar, uma emoção que jamais seria traduzida por palavras. O meu muito obrigada inundado de um amor eterno.

À minha MARAVILHOSA família, à família que se eu pudesse escolher não mudaria em nada, aos meus queridos entes, sem vocês NADA disso seria possível e não seria mesmo. Em especial gostaria de agradecer a algumas pessoas: ao meu irmão tão amado, Matheus, o meu mazinho, que sempre esteve ao meu lado nos momentos felizes e também nos mais difíceis, o maior presente que Deus poderia me dar, o que me traz alegrias, muito orgulho e felicidade. Obrigada, meu eterno pequeno. Às minhas tias Helena, Beth e Alcina e à minha avó Yedda, TÃO AMADAS, que foram tão presentes e me ajudaram em todos os momentos que precisei. Me deram força para seguir o caminho que escolhi e me apoiaram em todas as decisões, sempre orando pela minha proteção. Certamente Deus esteve comigo todo o tempo atendendo às orações de vocês. O meu agradecimento aqui é muito insignificante quando comparado ao tamanho da minha gratidão por tudo que fizeram por e para mim.

Ao meu namorado, maravilhoso, companheiro, querido, especial, Rodrigo, o homem que me fez sentir o maior amor que já tive abrigado dentro de mim, que me transforma todos os dias na melhor pessoa que posso ser, que me faz pensar no significado da palavra “família” e na construção dela ao seu lado, meu agradecimento também é em vão. Obrigada por todas as noites ao meu lado, por todas as vezes que enxugou minhas lágrimas, por todas as idas às provas quando o dia ainda nem tinha amanhecido, por todas as risadas, por todas as nossas conquistas, por pensar sempre no nosso melhor, por me escolher pra ser sua. Não tenho palavras para descrever aqui o que sinto e nada pode expressar tamanho carinho. Te amo com todas as minhas forças.

Aos irmãos que a vida me deu a oportunidade de escolher, meus queridos amigos. Obrigada por fazerem a minha vida muito mais feliz, sem vocês NADA DISSO teria sentido. Gostaria de citar todos aqui, contudo me estenderia muito, graças à Deus, e espero que cada um de vocês saiba o tamanho de sua importância na minha vida. Agradeço, em especial, por entenderem as minhas ausências em todos os momentos que estive me dedicando à essa formação, nunca esquecendo de mim e sempre fazendo questão da minha presença. Espero ter vocês para sempre ao meu lado.

Aos verdadeiros amigos que me acompanharam, fazendo parte dessa jornada, Géssica, Lorrane, Raí, Agne e Luana e outros colegas de turma, agradeço a Deus por ter colocado vocês comigo e espero que Ele me permita levar suas amizades para toda a minha vida. Muito obrigada por animarem minhas manhãs, acalmarem o meu desespero, estudarem comigo, me

ajudarem em todas essas etapas e, claro, por assinarem pra mim sempre que podiam (risos). Amo vocês com todo o meu coração.

À minha querida orientadora, Ana Karine, que acima de todos os problemas, me ajudou e me acompanhou nessa etapa, me orientando não só na construção do meu trabalho, mas nas construções pessoal e profissional.

RESUMO

Há décadas alguns pesquisadores estudam um fenômeno que atinge os serviços de saúde negativamente, relacionado à qualidade na assistência. Os chamados eventos adversos (EAs), incidentes que resultam em danos ao paciente, nos locais estudados apresentaram estatísticas preocupantes. Segundo a Organização Mundial de Saúde (2003), o aumento desses casos nos cuidados de saúde leva à crescente preocupação sobre a segurança do paciente, que permanece um princípio fundamental da assistência e um componente crítico da gestão de qualidade. Dentre as profissões da área da saúde, a enfermagem está na linha de frente quando trata-se da segurança. Sustentada no diálogo entre as ciências biológicas e humanas, está constantemente envolvida com o cuidado e proteção dos pacientes, zela pela qualidade da assistência e encontra-se em posição única para promover sua segurança. Tendo como objetivo central do presente estudo levantar o conhecimento produzido acerca da temática segurança do paciente com ênfase no gerenciamento de enfermagem, optou-se por utilizar o método de Revisão Integrativa da literatura, através da construção de análise constituídas a partir de seis etapas. A busca pelos artigos foi realizada nas bases de dados online BDNF, LILACS e MEDLINE. De acordo com os critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 37 artigos para análise e discussão, de onde emergiram duas categorias para a discussão dos artigos, são elas: “eventos adversos relacionados à assistência em saúde e correlacionados com as metas internacionais” e “medidas/procedimentos voltados à prevenção de erros e segurança do paciente”. A partir do trabalho realizado constatou-se que o tema “Segurança do Paciente” é ainda uma novidade no que se refere às publicações e comprovações existentes no âmbito nacional, salientando a necessidade de investimentos para a conquista de evidências.

Palavras-chave: Enfermagem. Segurança do Paciente. Gerenciamento de Segurança.

ABSTRACT

For decades some researchers have been studying a phenomenon that affects the health services negatively related to quality of care. The so-called adverse events (EAs), incidents that result in harm to the patient, in the studied sites presented sobering statistics. According to the World's Health Organization (2003), the increase of cases in health care leads to growing concern about patient safety, which remains a fundamental principle of care and a critical component of quality management. Among the health professionals, nursing is in the front line when it comes to security. Sustained by dialogue between the biological and human sciences, nursing is constantly involved with the care and protection of patients and also oversees the quality of care, having a unique position to promote their safety. This study aimed to raise the knowledge produced about the patient's safety with emphasis on nursing management and it was decided to use the method of Integrative Literature Review, by building analysis constituted from six stages. The search for articles was conducted in online databases BDENF, LILACS and MEDLINE. According to inclusion and exclusion, 37 articles has been selected for analysis and discussion. Two categories emerged to discuss the articles: "adverse events related to health care and correlated to the international goals" and "measures/procedures aimed at preventing errors and the patients' safety". It was found that the theme "Patient's Safety" is still a novelty when it comes to publications and national evidences, emphasizing the need for investments to conquer evidences about this subject.

Keywords: Nursing. Patient Safety. Security Management.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Termos e definições mais utilizados pertinentes a temática de Segurança do Paciente, f. 17

Quadro 2 - Resultado da pesquisa nas bases de dados selecionadas quando utilizado o agrupamento de descritor “Enfermagem AND Segurança do paciente”, f. 26

Quadro 3 - Resultado da pesquisa nas bases de dados selecionadas quando utilizado o agrupamento de descritor “Enfermagem AND Gerenciamento de Segurança”, f. 26

Quadro 4 - Resultado da pesquisa nas bases de dados selecionadas quando utilizado o agrupamento de descritor “Gerenciamento de Segurança AND Segurança do paciente”, f. 26

Quadro 5 - Descrição dos estudos incluídos na revisão integrativa, segundo título, periódico, ano de publicação, autores e local, f. 27

Quadro 6 - Relação das Metas Internacionais com os Estudos da categoria, f. 44

Quadro 7 - Medidas/Procedimentos/Tecnologias voltados para a segurança do paciente, retirados dos artigos que compõem a categoria, f. 54

Tabela 1 - Distribuição dos dados de acordo com o recorte temporal dos estudos, expondo a identificação (E), a frequência (f) com que aparecem e a porcentagem aproximada (%), f. 38

Tabela 2 - Distribuição dos dados de acordo com o local onde os estudos foram realizados, por região, expondo a identificação (E), a frequência (f) com que aparecem e a porcentagem aproximada (%), f. 39

Tabela 3 - Distribuição dos dados de acordo com os periódicos onde os estudos foram publicados, expondo a identificação (E), a frequência (f) com que aparecem e a porcentagem aproximada (%), f. 40

Tabela 4 - Distribuição dos dados de acordo com percurso metodológico utilizado pelos autores, expondo a identificação (E), a frequência (f) com que aparecem e a porcentagem aproximada (%), f. 41

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO p. 11

1.1 QUESTÃO NORTEADORA p. 13

1.2 OBJETIVOS p. 13

1.3 JUSTIFICATIVA p. 13

1.4 RELEVÂNCIA p. 14

1.5 OBJETO DO ESTUDO p.14

2 REVISÃO DE LITERATURA p. 15

2.1 A SEGURANÇA DO PACIENTE E SEUS ANTECEDENTES NO PAÍS p. 15

2.2 A ALIANÇA MUNDIAL PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE E SEUS RESULTADOS p.16

2.3 POLÍTICAS E REGULAMENTAÇÕES EM VIGOR p. 17

2.4 PROTOCOLOS PARA AMPLIAÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE p.20

2.4.1 Cirurgia Segura p. 20

2.4.2 Higiene das mãos p. 21

2.4.3 Prevenção de úlceras por pressão p. 21

2.4.4 Prevenção de quedas p. 21

2.4.5 Identificação do paciente p. 21

2.4.6 Uso e administração de medicamentos p.21

2.5 METAS INTERNACIONAIS p. 22

3 METODOLOGIA p. 23

3.1 IDENTIFICAÇÃO DO TEMA E SELEÇÃO DA QUESTÃO DE PESQUISA p. 24

3.2 AS SELEÇÕES DA AMOSTRA DOS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO p. 24

3.3 DEFINIÇÃO DAS INFORMAÇÕES A SEREM EXTRAÍDAS DOS ESTUDOS SELECIONADOS p. 27

3.3.1 Perfis das obras p.27

3.4 AVALIAÇÕES DOS ESTUDOS INCLUÍDOS NA REVISÃO INTEGRATIVA p. 37

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOSp. 43

4.1 CATEGORIZAÇÃO DOS ESTUDOS p. 43

4.1.1 Eventos adversos relacionados à assistência em saúde e correlacionados com as metas internacionais p. 43

4.1.2 Medidas/procedimentos voltados à prevenção de erros e segurança do paciente p. 54

5 **CONCLUSÃO** p. 61

6 **OBRAS CITADAS** p. 63

7 **OBRAS CONSULTADAS** p. 68

8 **APÊNDICES** p. 69

8.1 INSTRUMENTO UTILIZADO PARA COLETA DE DADOS DOS ARTIGOS p. 69

1INTRODUÇÃO

Como membro da ação de extensão Programa Qualiseg da Universidade Federal Fluminense, a temática me chamou atenção pela repercussão que recebeu nas últimas décadas, inerente às estatísticas apresentadas pelos estudos. Sob essa ótica, fui inserida nas pesquisas relacionadas ao assunto e pude compreender mais efetivamente a importância do mesmo para a garantia da qualidade dos cuidados prestados pelas profissões da área da saúde.

A enfermagem sempre teve como essência a arte de cuidar. De forma empírica a assistência começou a ser realizada, fundamentada nos conceitos religiosos de caridade, amor, doação, humildade e necessidade. Devido à influência desse cenário sobre Florence Nightingale, emerge a Enfermagem profissional no mundo, baseadas em suas propostas que se tornaram, posteriormente, científicas (PADILHA; MANCIA, 2005).

Florence é considerada a pioneira da Enfermagem Moderna em todo o mundo, obtendo maior visibilidade após retornar da Guerra da Criméia em 1854, onde trouxe consigo a figura de heroína, trabalhadora, dócil e eficiente. A partir dessa experiência, teorizou aspectos, baseada em suas observações, que influenciam a prática até os dias de hoje. A enfermagem para Nightingale era uma atuação que requeria treinamento, organização, conhecimento técnico e científico, com a atuação dos profissionais voltada para os pacientes não às outras categorias profissionais (COSTA et al, 2009).

Gomes e colaboradores (2007) mostraram em seu estudo, que a partir desse momento foram concebidas diversas teorias, dentre elas destacou-se a chamada Teoria Ambientalista de Florence, que se orientava por princípios relacionados aos ambientes físico, psicológico e social, que eram essenciais para recuperação e bem-estar dos pacientes

O controle do ambiente surge como o conceito principal nos escritos de Florence, considerando as condições e influências externas que afetam a vida e o desenvolvimento do organismo, capazes de anteceder, eliminar ou contribuir para a saúde, doença e morte (ibid).

Observa-se então, que Florence já se preocupava com o ambiente, as infecções, doenças e o bem-estar biopsicossocial, já prevendo alguns fatores que passaram a ser, hoje em dia, determinantes da saúde.

Nessa perspectiva, não só a enfermagem, como as outras categorias profissionais da área da saúde, vêm discutindo, na última década principalmente, muitas dessas observações que tiveram origem no passado. É importante determinar os fatores que possam gerar algum risco para os pacientes e encontrar maneiras para evitá-los. O assunto entra em pauta em todos os âmbitos relacionados à área da saúde, como hospitais, congressos, consultas, reuniões, cursos e outros locais (MENDES et al, 2005).

Intitulado como Segurança do Paciente, sua definição segue a linha de prevenção ou redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário ao cuidado de saúde (BRASIL, 2013).

Há décadas alguns pesquisadores estudam um fenômeno que atinge os serviços de saúde negativamente, relacionado à qualidade na assistência. Os chamados eventos adversos (EAs), incidentes que resultam em danos ao paciente, nos locais estudados apresentaram estatísticas preocupantes (MENDES et al, 2005). A partir desse cenário, o presente estudo analisa a produção do conhecimento na área de segurança do paciente e eventos adversos, correlacionando-os com as metas internacionais e possíveis inovações tecnológicas.

Diferentes estudos tentam levantar a incidência desses eventos em diversos países, principalmente com a metodologia baseada na retrospectiva do registro de pacientes, não só para ter conhecimento, como também para chamar a atenção para a gravidade do problema e guiar novas políticas de saúde que incidam sobre eles. No Brasil, a pesquisa tem sido centrada na frequência de eventos adversos e suas causas específicas (MENDES et al, 2009).

Segundo a OMS (2003), o aumento desses casos nos cuidados de saúde leva à crescente preocupação sobre a segurança do paciente, que permanece um princípio fundamental da assistência e um componente crítico da gestão de qualidade. Nessa perspectiva, a OMS criou um grupo de trabalho (GT) para estudar metodologias para avaliar os riscos à segurança do paciente. Porém, apesar de descreverem diversas metodologias, o GT só comparou os resultados baseados na revisão de prontuários, o que vem sendo muito criticado por ter alto custo e muitas falhas de registro. Da mesma forma, o relatório *Errar é humano*, publicado em 1999, só faz menção a esse tipo de avaliação.

Uma pesquisa feita para avaliar a incidência desses eventos no Brasil, baseado na revisão de prontuário do paciente, mostrou nos resultados 7,6% (84 de 1.103 pacientes) sendo desses, 66,7% eventos adversos evitáveis (56 de 84 pacientes). Estudos focados na mesma área mostram que em outros países a taxa de EAs foi semelhante, como na Nova Zelândia (11,3%), Austrália (16,6%) e Reino Unido (10,8%). Porém, evidenciou que o índice de EAs evitáveis foi maior no Brasil que em todos os países estudados (ibid).

Baseados nesse cenário, os países reúnem esforços, comandados pela OMS, para minimizar todo e qualquer tipo de evento adverso possível ao paciente, já que estudos apontam que a cada dez pacientes atendidos em um hospital, um sofre pelo menos um evento adverso como: queda, administração incorreta de medicamentos, falhas na identificação do paciente, erros em procedimentos cirúrgicos, infecções ou mal uso de dispositivos e equipamentos médicos (BRASIL, 2013).

Dentre as profissões da área da saúde, a enfermagem está na linha de frente quando trata-se da segurança. Sustentada no diálogo entre as ciências biológicas e humanas, está constantemente envolvida com o cuidado e proteção dos pacientes, zela pela qualidade da assistência e encontra-se em posição única para promover sua segurança, desde que direcione seu valor e poder para cuidar e não para corrigir sistemas falhos (PEDREIRA, 2009).

1.1 QUESTÃO NORTEADORA

Qual o conhecimento produzido sobre segurança do paciente no gerenciamento de enfermagem evidenciados nas produções científicas das bases virtuais?

1.2 OBJETIVOS

Evidenciar o conhecimento produzido acerca da temática segurança do paciente;

Correlacionar a produção de conhecimento sobre segurança do paciente e eventos adversos com as metas internacionais e identificar possíveis inovações tecnológicas em segurança do paciente no gerenciamento de enfermagem;

Analisar os artigos levantados frente às recomendações da política nacional de segurança do paciente e RDC nº 36 de 2013.

1.3 JUSTIFICATIVA

A partir das estatísticas já demonstradas e considerando os dados divulgados pela OMS (2003), onde constatou-se que a cada 10 pacientes admitidos em instituições de saúde, um sofre pelo menos um tipo de evento adverso relacionado à assistência, são de extrema importância as pesquisas que contribuam para aprimorar o cuidado, priorizando a qualidade assistencial para realização de atendimentos isentos de danos. Como membro da ação de extensão “Programa Qualiseg: a qualidade em saúde e a segurança do paciente na gestão de risco” da Universidade Federal Fluminense, reúno esforços diariamente para divulgar o tema com fundamentações teórica e prática, com o objetivo de conscientizar os profissionais da área da saúde sobre a problemática e minimizar os riscos a que estão submetidos os usuários.

1.4 RELEVÂNCIA

A escolha desse tema se deu pela importância do mesmo para as profissões da área de saúde e para os usuários do Sistema Único de Saúde, que como cidadãos, têm direito a assistência livre de erros ou danos. Além disso, o assunto precisa ser esclarecido para que os profissionais compreendam as características e os fatores contribuintes associados aos processos que levam a ocorrência de erros no sistema de saúde, estando alertas sobre os possíveis riscos que os pacientes são submetidos ao receberem assistência, além de servir como informação científica para identificar lacunas nas produções, incentivar novos estudos e subsidiar novas estratégias que atuem com eficácia sobre o problema (PEDREIRA, 2009).

1.5 OBJETO DO ESTUDO

A produção do conhecimento na área de segurança do paciente e eventos adversos, correlacionados com as metas internacionais e possíveis inovações tecnológicas.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A SEGURANÇA DO PACIENTE E SEUS ANTECEDENTES NO PAÍS

No Brasil diversas iniciativas foram criadas com o intuito promover a segurança do paciente. Os órgãos e serviços responsáveis por transfusões de sangue, pelo controle de infecções hospitalares e pelos serviços de anestesia, são pioneiros ao se tratar de medidas de prevenção que garantam a qualidade assistencial. Mais especificamente em 2002, destaca-se a Rede Sentinela, instituições que trabalham com gerenciamento de risco sobre 3 bases: busca ativa e notificação de Eventos Adversos e uso racional das tecnologias em saúde. Como projeto, eram inicialmente voltados para hospitais de média e alta complexidade que pudessem auxiliar na instituição da cultura da Vigilância Pós-uso/comercialização de produtos que estão sob essa vigilância, funcionando como observatório de tecnologias utilizadas para gerenciar riscos. Após a fase do projeto, instaurou-se a Rede Sentinela de forma concreta. Os dados acumulados, experiências vivenciadas, o acúmulo de discussões sobre qualidade assistencial, exigiam uma rede mais ampla, bem estruturada, para que houvesse sustentabilidade das informações acumuladas até o presente momento (BRASIL, 2013).

Segundo o Ministério da Saúde (2013), a Rede é composta por 192 hospitais que monitoram sistematicamente um conjunto de eventos adversos no atendimento aos pacientes.

Os serviços que compõem a Rede monitoram e notificam eventos adversos e queixas técnicas provenientes de produtos sob vigilância sanitária, como medicamentos, vacinas e imunoglobulinas; pesquisas clínicas; cosméticos, produtos de higiene pessoal ou perfume; artigos e equipamentos médico-hospitalares; kit reagente para diagnóstico in vitro; uso de sangue ou componentes; saneantes e agrotóxicos, em uso no Brasil, fazendo a Vigipós dos produtos utilizados nos estabelecimentos da área da Saúde (ibid).

Essa intercomunicação entre os serviços é essencial para o monitoramento e tomada de decisão quanto aos produtos utilizados.

Cabe ressaltar que a Vigilância Pós-uso/comercialização (Vigipós) foi instituída a partir da portaria 1.660 de 2009, na forma do artigo primeiro:

Art. 1º Institui o Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária, no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, para o monitoramento, análise e investigação dos eventos adversos e queixas técnicas relacionados aos serviços e produtos sob vigilância sanitária na fase de pós-comercialização/pós-uso.

A vigilância Sanitária deve ser entendida como tecnologia importante para verificação de funcionamento das instituições de saúde e dos produtos, medicamentos e outros insumos comercializados para uso nos pacientes. Dentre seus pilares, estão identificar problemas relacionados com serviços e produtos sob sua vigilância para eliminar ou controlar os riscos do uso destes (BRASIL, 2013).

Além dessas medidas, as categorias da área da saúde se organizam também para minimizar esses riscos e discutir a implantação de estratégias para melhorar a Segurança do Paciente. Destacam-se entre elas a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (Rebraensp), criada em 2008, com o objetivo de disseminar e concretizar a cultura de segurança do paciente nas organizações de Saúde, escolas, universidades, organizações governamentais, usuários e seus familiares, e a Sociedade Brasileira de Enfermagem em Feridas e Estética (Sobenfee) (ibid).

2.2 A ALIANÇA MUNDIAL PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE E SEUS RESULTADOS

A World Alliance for Patient Safety (Aliança Mundial para a Segurança do Paciente) foi criada em 2004 pela Organização Mundial de Saúde (OMS). O Brasil é um dos países que a compõe. Desde sua criação, com objetivos como organizar conceitos e definições sobre o tema, tem elaborado programas e diretrizes que visam mobilizar e sensibilizar profissionais da área da saúde e a população para busca de soluções que promovam a segurança do paciente, divulgando conhecimentos e desenvolvendo estratégias para a mudança do cenário mundial (AVELAR et al, 2010).

“Com o objetivo de promover a aprendizagem e a melhoria da Segurança do Paciente em todos os sistemas de saúde” foi criada a Classificação Internacional de Segurança do Doente (CISD). A CISD agrupa conceitos de forma harmoniosa, com definições próprias, para facilitar a descrição e interpretação das informações disseminadas (OMS, 2009).

Baseado no documento citado, com a finalidade de esclarecer os termos mais utilizados, para que haja completo entendimento do presente estudo, criou-se um quadro com suas respectivas definições.

Quadro 1. Termos e definições mais utilizados pertinentes a temática de Segurança do Paciente

Termo	Definição
Segurança do Paciente	É a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável.
Dano	É um prejuízo na estrutura ou funções do corpo e/ou qualquer efeito pernicioso daí resultante, incluindo doença, lesão, sofrimento, incapacidade ou morte, e pode ser físico, social ou psicológico.
Incidente	É um evento ou circunstância que poderia resultar, ou resultou, em dano desnecessário para o doente.
Evento Adverso	É um incidente que resulta em danos para o doente

2.3 POLÍTICAS E REGULAMENTAÇÕES EM VIGOR

Considerando a necessidade de desenvolver ações, estratégias e produtos direcionados aos profissionais, gestores e usuários de saúde sobre a segurança do paciente, que possibilitem minimizar os eventos adversos na atenção à saúde, lança-se em 1º de abril de 2013 a portaria de nº 529 que institui o Programa Nacional de Segurança do paciente (PNSP), tendo como objetivo geral contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde que o território nacional inclui (BRASIL, 2013).

Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (HOTSITE) a qualidade dos atendimentos na área da saúde é crucial para reduzir os danos e controlar os riscos. Dessa forma, um conjunto de ações que se complementem entre si, incluídas as de controle sanitário e regulamentação, são necessárias para identificação da ocorrência de eventos precoces que afetam a segurança do paciente, reduzir danos e evitar riscos futuros.

O paradigma da qualidade da atenção nos serviços de saúde brasileiros, cada dia mais, surge como uma exigência da sociedade, reforçada tanto pelos compromissos internos, quanto pelos compromissos externos estabelecidos junto à Organização Mundial de Saúde e da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (ibid).

Dentre esses compromissos há destaque para melhoria da comunicação, transparência de informações, emponderamento e participação dos usuários dos serviços de saúde (ibid).

A portaria nº 529 (2013), em seu artigo 3º, delimita os objetivos específicos do PNSP:

I - promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da

implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde;

II - envolver os pacientes e familiares nas ações de segurança do paciente;

III - ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente;

IV - produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente; e

V - fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e pós-graduação na área da saúde.

Com o objetivo de instituir ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria dos cuidados de saúde, adota-se a publicação da Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA nº 36, em julho de 2013, aplicada aos serviços de saúde em geral. Dentro das condições organizacionais está a criação do Núcleo de Segurança do Paciente, já citado anteriormente na portaria de nº529. E em seu artigo 7º trata das competências específicas do NSP, são elas: promover ações para a gestão de risco no serviço de saúde; desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no serviço de saúde; promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas; elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde; acompanhar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde; implantar os Protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores; estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde; desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde; analisar e avaliar os dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde; compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde; notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde; manter sob sua guarda e disponibilizar à autoridade sanitária, quando requisitado, as notificações de eventos adversos; acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias.

Desde 2004, a partir da Aliança Mundial, os países vêm se articulando para cumprir as ações previstas na mesma. A partir disso os países devem efetivar o compromisso político, lançando planos, gerando alertas e realizando iniciativas para garantir a segurança do paciente com base nas metas internacionais estabelecidas (BRASIL, 2011).

Foram estabelecidas treze áreas de ação, segundo a OMS, colocadas na Aliança Mundial, com o objetivo de nortear as atividades, são elas:

Área de ação 1: O Desafio Global para a Segurança do Paciente - pressupõe comprometimento e ações em segurança do paciente para minimização de risco em todos os países. Em 2005, foi lançado o primeiro Desafio Global para a Segurança do Paciente, focado na prevenção e redução de IRAS, com o tema Uma Assistência Limpa é uma Assistência mais Segura. Em 2007, o segundo Desafio Global de Saúde do Paciente teve foco na segurança cirúrgica, com o tema Cirurgia Seguras salvam Vidas.

Área de ação 2: Pacientes pela Segurança do Paciente - asseguram que a voz do paciente esteja no centro do movimento pela saúde do paciente em todo o mundo.

Área de ação 3: Pesquisa em Segurança do Paciente - envolve pesquisas internacionais para o conhecimento da natureza do dano ao paciente e desenvolvimento de ferramentas de prevenção.

Área de ação 4: Taxonomia/Classificação Internacional para Segurança do Paciente - desenvolve um sistema internacionalmente aceito de classificação da informação em segurança do paciente, promovendo efetivo aprendizado global.

Área de ação 5: Relato e Aprendizagem - promovem ferramentas valiosas de notificação, análise, investigação e valiosas de notificação, análise, investigação e abordagens que identificam fontes e causas de riscos, propiciando a realização de ações de aprendizado e prevenção de eventos adversos.

Área de ação 6: Soluções para Segurança do Paciente - tratam de intervenções e ações práticas para prevenção de dano ao paciente.

Área de ação 7: Alto 5S - difunde boas práticas para a mudança organizacional, clínica e de equipe, como: cuidados no preparo de soluções concentradas de eletrólitos; controle da medicação nas transições de cuidado; realização de procedimentos corretos nos sítios corretos; prevenção de falhas de comunicação durante a passagem de plantão; prevenção e redução de IRAS.

Área de ação 8: Tecnologia para segurança do paciente - foca na utilização de novas tecnologias para promoção da segurança do paciente.

Área de ação 9: Gerenciando conhecimento - irá reunir e compartilhar conhecimentos sobre a evolução mundial da segurança do paciente.

Área de ação 10: Eliminando infecção da corrente sanguínea associada a cateter central - concentrará esforços mundiais para ações de prevenção, controle e eliminação deste tipo de infecção em serviços de saúde.

Área de ação 11: Educação para cuidado seguro - desenvolve guias curriculares para estudantes da área da saúde, voltados para a segurança do paciente.

Área de ação 12: Prêmio de segurança - envolverá prêmios internacionais de excelência no campo da segurança do paciente, impulsionando mudança e melhoria nesta área.

Área de ação 13: Checklists para a área da saúde - vem desenvolvendo outras listas de verificação de segurança em serviços de saúde (após averiguação do sucesso da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica na diminuição da morbidade e mortalidade de pacientes, tais como: check-lists para Influenza A (H1N1), parto seguro e segurança do recém-nascido.

2.4 PROTOCOLOS PARA AMPLIAÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE

A partir disso, seis protocolos, estabelecidos no PNSP (2013) orientarão profissionais de saúde como forma de garantir a assistência livre de erros, sendo focados nas principais áreas de incidência de EAs, são eles: cirurgia segura; prática de higiene das mãos em serviços de saúde; prevenção de úlceras por pressão, prevenção de quedas em pacientes hospitalizados; identificação do paciente e segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, detalhados no tópico a seguir.

Esses protocolos constituem instrumentos para construir uma prática segura e são componentes obrigatórios dos planos (locais) de Segurança do Paciente dos estabelecimentos de saúde, à que se refere a RDC N°36 DE 2013.

2.4.1 Cirurgia Segura

Esse protocolo tem por objetivo melhorar a segurança do cuidado cirúrgico em todo o mundo, definindo padrões de segurança que podem ser aplicados em todos os países membros da OMS, contemplando ações como prevenção de infecções de sítio cirúrgico, anestesia segura e indicadores de qualidade.

São realizados 19 passos, como checagem de insumos e equipamentos antes da cirurgia, marcação do local com caneta e a confirmação de retirada de todas as compressas utilizadas durante o procedimento.

Serão utilizados padrões universais de segurança para as equipes cirúrgicas e para as atividades na sala de operação e implementação de Lista de Verificação para Cirurgia Segura da OMS, adaptada de acordo com os serviços de saúde.

2.4.2 Higiene das mãos

Práticas simples, como a higiene das mãos e o uso de Equipamentos de Proteção Individual para procedimentos específicos, tem êxito em prevenir e controlar as infecções relacionadas à assistência.

A higiene das mãos deverá ser realizada em cinco momentos: antes e depois de tocar no paciente, antes de realizar procedimentos, após contato com fluídos corporais como sangue ou secreção e depois de ter contato com superfícies próximas ao paciente (mesas ou bordas de cama).

2.4.3 Prevenção de úlceras por pressão

Envolvem diversas ações como: adotar cuidados com a posição do paciente para evitar pressão na pele, dando atenção aos que não possuem frequente mobilidade; avaliar diariamente a pele, atentando para o desenvolvimento e aparecimento de lesões e avaliar a superfície onde o cliente permanece, como macas e colchões.

2.4.4 Prevenção de quedas

São papéis dos profissionais, principalmente os envolvidos na assistência direta como o enfermeiro, identificar visualmente os indivíduos em risco de queda, orientar os pais para não deixar crianças internadas sozinhas e atentar aos pacientes em uso de sedativos, tranquilizantes e anti-hipertensivos e também à campanhas/chamados.

2.4.5 Identificação do paciente

Ações importantes para que não haja nenhum tipo de imprudência são: conferir o nome completo do paciente e data de nascimento, antes da administração de medicamentos ou qualquer procedimento; identificar o paciente na pulseira, na prescrição médica e no rótulo do medicamento/hemocomponente antes da administração e checagem de pulseiras de mãe e bebê antes da alta, além de outras formas padronizadas pelas instituições.

2.4.6 Uso e administração de medicamentos

Passos importantes para o correto uso de substâncias são: uso de etiquetas coloridas ou sinais de alerta para diferenciar as embalagens; padronização da prescrição de drogas, sem abreviações e uso do nome comercial e dupla checagem ao dispensar, preparar e administrar remédios.

Nesse panorama então, deixa-se claro a importância de todas essas ações para os usuários do sistema de saúde e profissionais. Disseminando as informações, colhendo dados através de notificação, conscientizando a população e os profissionais, o Programa Nacional mostra que esses eventos serão minimizados, se reunidos os esforços.

2.5 METAS INTERNACIONAIS

Observando os seis protocolos abordados acima, sintetiza-se de forma coerente as seis metas, lançadas pela OMS, para direcionar as ações importantes na assistência ao paciente, sendo elas:

- Meta 1: identificar corretamente os pacientes;
- Meta 2: melhorar a comunicação entre profissionais de saúde;
- Meta 3: melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos;
- Meta 4: assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos;
- Meta 5: reduzir o risco de infecção associado aos cuidados de saúde;
- Meta 6: reduzir os riscos de lesões provenientes de quedas e úlceras por pressão.

3METODOLOGIA

Tendo como objetivo central do presente trabalho, levantar o conhecimento produzido acerca da temática de Segurança do Paciente, optou-se por utilizar o método de Revisão Integrativa da literatura, através da construção de análise constituídas a partir de seis etapas, a fim de obter um melhor entendimento sobre a temática, baseado em estudos anteriores. Ressalta-se que a recorrência à literatura será delimitada à pesquisa de artigos científicos presentes nas bases de dados online.

Segundo Souza e colaboradores (2010), a pesquisa bibliográfica é uma das melhores formas de iniciar um estudo, pois se busca semelhanças e diferenças entre artigos levantados nas bases de dados. Sendo assim, uma revisão de um determinado tópico, ajudando a atualizar os profissionais da área lhes oferecendo um panorama geral mais recente sobre um assunto. É importante deixar claro que a Revisão Integrativa é um tipo de pesquisa bibliográfica, que segue rigores metodológicos bem definidos.

Mendes e colaboradores (2008) afirmam ainda que, além de possibilitar a síntese do estado de conhecimento de determinado assunto, aponta também lacunas de conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos.

Esse método permite sintetizar múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais de uma área particular. Para a Enfermagem é muito útil e valioso, devido à grande variedade de estudos disponíveis e, conseqüentemente, dificuldade de analisar criticamente todos eles (ibid). Souza e colaboradores (2010) reafirmam o exposto:

A revisão integrativa determina o conhecimento atual sobre uma temática específica, já que é conduzida de modo a identificar, analisar e sintetizar resultados de estudos independentes sobre o mesmo assunto, contribuindo, pois, para uma possível repercussão benéfica na qualidade dos cuidados prestados ao paciente. Pontua-se, então, que o impacto da utilização da revisão integrativa se dá não somente pelo desenvolvimento de políticas, protocolos e procedimentos, mas também no pensamento crítico que a prática diária necessita.

Para realizar esse tipo de estudo adequadamente é necessário seguir padrões de rigor metodológico, apresentando claramente os resultados, de forma que o leitor consiga identificar

as características reais dos artigos incluídos na revisão. O processo de elaboração de uma revisão do tipo escolhido envolve seis etapas distintas, sendo essas, um caminho a ser seguido para que a mesma se consolide com precisão e qualidade, atendendo às possíveis expectativas em relação ao estudo (MENDES et al, 2008).

3.1 IDENTIFICAÇÃO DO TEMA E SELEÇÃO DA QUESTÃO DE PESQUISA

Segundo os autores, a primeira etapa se refere à identificação do tema e seleção da questão de pesquisa, que deve ser clara, específica e apresentar relevância para a área trabalhada, nesse caso, a enfermagem. É importante que o tema seja de interesse do produtor do estudo e vivenciado na prática clínica, tornando o processo mais prazeroso e encorajador. Essa é a etapa que norteia todo o estudo, necessária para a condução de uma boa revisão.

A **segurança do paciente**, como dito acima, é um importante **tema** para todos os profissionais da área em questão, não se tratando somente de afinidade, mas também da preocupação com novas tecnologias e saberes que possam colaborar para a prática clínica, assegurando qualidade na assistência prestada aos cidadãos/usuários do Sistema de Saúde, o que lhes é assegurado pela Carta Maior. A partir dessa escolha, a **questão norteadora** é: **qual o conhecimento produzido sobre segurança do paciente no gerenciamento de enfermagem evidenciados nas produções científicas das bases de dados virtuais?**

Devido a afinidade com o tema, a seleção do mesmo não foi uma tarefa que demandou dificuldade, pois a inserção no Programa Qualiseg facilitou o contato e os surgimentos do tema e questão.

3.2 AS SELEÇÕES DA AMOSTRA DOS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO

Esta etapa está intimamente ligada à anterior, visto que o autor deverá ser extremamente cauteloso ao selecionar a amostragem, uma vez que a abordagem do assunto determina esse procedimento. Ou seja, quanto maior e mais amplo for o assunto, mais seletivo deverá ser para incluir a literatura considerada, para que não se perca do objetivo central do estudo. O revisor deve refletir sobre esse aspecto, pois uma grande amostragem poderá inviabilizar o estudo ou criar vieses nas seguintes etapas.

É um momento no estudo que deverá ser transparente e demandará análise crítica de todos os artigos encontrados para que seja uma revisão de confiabilidade, profundidade e qualidade nas conclusões do assunto selecionado (MENDES et al, 2008).

Nesse sentido, foi realizada uma busca em diferentes bases de dados para a obtenção de textos completos referentes ao tema em questão. Utilizou-se como fonte para obtenção dos dados, a **pesquisa bibliográfica eletrônica em bases de dados on-line**.

Utilizaram-se as seguintes bases: LILACS, um índice bibliográfico da literatura, com enfoque nas ciências da saúde, abrangendo os países da América Latina e Caribe. Possui mais de 600.000 artigos publicados em periódicos de saúde; MEDLINE® por ser uma base de dados da literatura internacional na área médica e biomédica e BDENF por explorar conhecimentos pertinentes à área da enfermagem, mais especificamente (BVS).

A busca nas bases foi realizada utilizando os seguintes descritores (DeCS/MeSH): Enfermagem, Segurança do Paciente e Gerenciamento de Segurança. Para facilitar e efetivar o processo de busca, ainda será realizado a organização de descritores segundo a diferenciação entre as bases de dados; e combinação dos descritores utilizando-se os operadores booleanos (AND, OR, NOT, OR NOT).

Foram eleitos como **critérios de inclusão** dos artigos na pesquisa: os publicados em português, na forma completa, disponíveis em periódicos indexados nas bases de dados virtuais selecionadas para o estudo (LILACS, MEDLINE e BDENF) e que tratem da temática de segurança do paciente. Não foi realizado o recorte temporal, por ter como diretriz principal a obtenção de um panorama geral do conhecimento produzido, até o presente momento, acerca do tema escolhido, sendo o mesmo bastante atual, facilitando a análise do quantitativo de artigos encontrados. Para a **exclusão**: produções científicas que se repetiam nas diferentes bases de dados e na forma de resultados de diferentes descritores, logo, estes foram excluídos da composição do corpus de análise, por se apresentarem como trabalhos duplicados e artigos que surgiram nos agrupamentos de descritores, em português e completos, que após a leitura não se encaixaram na temática referente à segurança do paciente. Ressalta-se que o período de busca das obras nas bases foi realizado no mês de abril de 2014.

A partir de então, iniciou-se um refino da seleção dos artigos através da leitura de título e resumo respeitando os critérios de inclusão e exclusão. Os artigos incluídos nessa etapa passaram para o segundo momento no qual foi realizada a leitura do artigo completo.

Desse modo, ao consultar as bases de dados BDENF, LILACS e MEDLINE, se fez uso dos seguintes agrupamentos de descritores: **“Enfermagem e Segurança do Paciente”**, **“Enfermagem e Gerenciamento de segurança”** e **“Gerenciamento de segurança e Segurança do paciente”**. Foram identificados um total de 10.890 publicações, dentre eles somente 346 estavam na língua portuguesa e disponíveis em texto completo, sendo

selecionados, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, uma amostra de 37 artigos para análise e discussão, conforme mostram os quadros abaixo:

Quadro 2. Resultado da pesquisa nas bases de dados selecionadas quando utilizado o agrupamento de descritor “Enfermagem AND Segurança do paciente”

Bases de dados	Descritor		
	<i>Enfermagem AND Segurança do Paciente</i>		
	Total	Texto completo em português	Selecionados
BDEF	147	82	20
LILACS	196	113	6
MEDLINE	2657	5	2
TOTAL	3000	200	28

Quadro 3. Resultado da pesquisa nas bases de dados selecionadas quando utilizado o agrupamento de descritor “Enfermagem AND Gerenciamento de Segurança”

Bases de dados	Descritor		
	<i>Enfermagem AND Gerenciamento de segurança</i>		
	Total	Texto completo em português	Selecionados
BDEF	47	29	1
LILACS	79	41	4
MEDLINE	3544	6	0
TOTAL	3670	76	5

Quadro 4. Resultado da pesquisa nas bases de dados selecionadas quando utilizado o agrupamento de descritor “Gerenciamento de Segurança AND Segurança do paciente”

Bases de dados	Descritor		
	<i>Gerenciamento de segurança AND Segurança do paciente</i>		
	Total	Texto completo em português	Selecionados

BDENF	23	16	2
LILACS	112	51	1
MEDLINE	4085	3	1
TOTAL	4220	70	4

3.3 DEFINIÇÃO DAS INFORMAÇÕES A SEREM EXTRAÍDAS DOS ESTUDOS SELECIONADOS

Nessa etapa o autor do estudo seleciona as informações que serão retiradas da amostra das obras potenciais que integrarão o estudo, fazendo uso de um instrumento para organizar os dados pertinentes à pesquisa. Possui o mesmo significado que a coleta de dados em um estudo convencional. A tarefa nessa etapa é identificar e sumarizar os dados de forma concisa para se ter um material de fácil acesso, agilizando as próximas etapas da revisão (MENDES et al, 2008).

3.3.1 Perfis das obras

Para traçar o perfil inicial das obras, reunir e sintetizar as informações dos estudos selecionados, foi utilizado um arquivo, o qual permitiu colher informações de modo sistematizado. Esse foi composto por duas partes, a fim de facilitar a síntese. A primeira parte do instrumento é composto por um quadro com os dados referente à numeração do estudo, feita de acordo com a ordem que foram encontrados, o título do artigo, o periódico onde foi publicado, o ano, os autores e o local onde foram realizados. A segunda parte, foi feita de forma descritiva, onde colheram-se os seguintes dados: formação profissional dos autores, amostra do estudo, objetivos, metodologia empregada, e resultados, para que pudessem ser categorizados posteriormente, após análise dessas informações (Apêndice 1). Ressalta-se que os estudos foram organizados em pastas, com seu respectivo agrupamento de descritor e a base na qual foram encontrados pela primeira vez.

Quadro 5. Descrição dos estudos incluídos na revisão integrativa, segundo título, periódico, ano de publicação, autores e local

Estudo (E)	Título	Revista	Ano de publicação	Autores	Local
E1	Infraestrutura e adesão à higienização das mãos: desafios à	Revista gaúcha de enfermagem	2013	Janaína Bathkea, Priscila de Almeida Cunico, Eliane Cristina Sanches Maziero,	Região Sul do Brasil

	segurança do paciente			Fernanda Leticia FratesCauduro, Leila Maria MansanoSarquis, Elaine Drehmer de Almeida Cruz	
E2	Checklist de cirurgia segura: análise da segurança e comunicação das equipes de um hospital escola	Revista gaúcha de enfermagem	2013	Ana Paula Pancieri, Bruna Pegorer Santos, Marla Andréia Garcia de Avila, Eliana Mara Braga	São Paulo
E3	A biossegurança e segurança do paciente na visão de acadêmicos de enfermagem	Revista gaúcha de enfermagem	2012	Telma Elisa Cararro, Francine Lima Gelbcke, Luciara Fabiane Sebold, Silvana Silveira Kempfer, Maria Christina Zapelini, Roberta Waterkemper	Santa Catarina
E4	Eventos adversos relacionados a medicamentos: percepção de técnicos e auxiliares de enfermagem	Revista Brasileira de Enfermagem	2011	Valéria Lamb Corbellini, Maria Cristina LoreSchilling, Solange Fassbinder Frantz, Tatiana Gonçalves Godinho, Janete de Souza Urbanetto	Rio Grande do Sul
E5	Fortalezas e ameaças em torno da segurança do paciente segundo a opinião dos profissionais de enfermagem	Revista Latino Americana de Enfermagem	2010	Ángel Alfredo Martínez Ques, César Hueso Montoro, MaríaGálvez González	Espanha
E6	Eventos adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem	Revista da Escola de Enfermagem da USP	2010	Miriam Cristina Marques da Silva de Paiva, Sergio Alberto Rupp de Paiva, Heloisa Wey Berti	São Paulo
E7	Segurança e proteção à criança	Revista Latino	2009	AlineModelskiSchatkoski,	Rio Grande

	hospitalizada: revisão de literatura	Americana de Enfermage m		Wiliam Wegner, Simone Algeri, Eva Neri Rubim Pedro	do Sul
E8	Erros de medicação e a segurança do paciente: revisão sistemizada da literatura	Online Brazilian Journal of Nursing	2009	Carlos Marcelo Balbino, Luciane FC Caraméz, Márcio Santos Barbosa, Paula CS Cavalcanti, Zenith Rosa Silvino, Enéas Rangel Teixeira, Sonia MF Simões, Isabel CF Cruz	Rio de Janeiro
E9	Redesenho de atividades da enfermagem para redução de erros de medicação em pediatria	Revista Brasileira de Enfermage m	2007	Tatiana InglezYamanaka, Daniela G. Pereira, Mavilde L. G. Pedreira, Maria Angélica S. Peterlini	São Paulo
E10	Erro de medicação: importância da notificação no gerenciamento da segurança do paciente	Revista Brasileira de Enfermage m	2007	Elena Bohomol, Laís Helena Ramos	São Paulo
E11	O processo de preparo e administração de medicamentos: identificação de problemas para propor melhorias e prevenir erros de medicação	Revista Latino Americana de Enfermage m	2006	Adriana InocentiMiasso, Ana Elisa Bauer de Camargo Silva, Silvia Helena de BortoliCassiani, Cris Renata Grou, Regina Célia de Oliveira, Flávio Trevisan Fakh	Regiões Sudeste, Centro- oeste e Nordest e do Brasil
E12	A prevenção e o controle de infecções: um estudo de caso com enfermeiras	Revista Brasileira de Enfermage m	2006	Rosane Teresinha Fontana, Liana Lautert	Rio Grande do Sul
E13	Avaliação dos eventos adversos a medicamentos no contexto	Revista da Escola de Enfermage m Anna	2012	KeroulayEstebanez Roque, Enirtes Caetano Prates Melo	Rio de Janeiro

	Hospitalar	Nery			
E14	Tecnologias utilizadas pela enfermagem na prevenção de erros de medicação em pediatria	Enfermagem em foco	2012	Márcia Maria Jordão, Michelini Fátima Silva, Simone Vidal Santos, Nádia Chiodelli Salum, Sayonara Fátima F. Barbosa	São Paulo
E15	Riscos à segurança do paciente em unidade de internação hospitalar: concepções da equipe de enfermagem	Revista de Enfermagem da UFSM	2012	PatriciaFassini, Giselda VeroniceHahn	Rio Grande do Sul
E16	Revisão integrativa da produção científica de Enfermeiros acerca de erros com medicamentos	Revista de Enfermagem da UERJ	2012	Lolita Dopico da Silva, Márglory Fraga de Carvalho	Rio de Janeiro
E17	Eventos adversos: instrumento de avaliação do desempenho Em centro cirúrgico de um hospital universitário	Revista de Enfermagem da UERJ	2011	Lorena Pereira de Souza, Ana Lúcia Queiroz Bezerra, Ana Elisa Bauer de Camargo e Silva, Fernanda Salerno Carneiro, ThatiannyTanferri de Brito Paranaguá, LucimeireFermينو Lemos	Centro-oeste do Brasil
E18	O estresse de acadêmicas de enfermagem e a Segurança do paciente	Revista de Enfermagem da UERJ	2011	Viviane Euzébia Pereira Santos, Vera Radünz	Santa Catarina
E19	Erros na administração de	Revista eletrônica	2010	Maria Cristina Soares Rodrigues, Ludmilla de	Brasília

	antibióticos em unidade de terapia intensiva de hospital de ensino	de Enfermagem		Castro Oliveira	
E20	Análise de queixas técnicas e eventos adversos Notificados em um hospital sentinela	Revista de Enfermagem da UERJ	2009	Ana Lúcia Queiroz Bezerra, Ana Elisa Bauer de Camargo e Silva, Nayla Cecília Silvestre da Silva Branquinho, Thatianny Tanferri de Brito Paranguá	Centro-oeste do Brasil
E21	Eventos adversos em hemodiálise: relatos de profissionais de enfermagem	Revista da Escola de Enfermagem da USP	2013	Maiana Regina Gomes de Sousa, Ana Elisa Bauer de Camargo Silva, Ana Lúcia Queiroz Bezerra, Juliana Santana de Freitas, Adriana Inocenti Miasso	Goiânia - Goiás
E22	Alocação da equipe de enfermagem e ocorrência de eventos adversos/incidentes em unidade de terapia intensiva	Revista da Escola de Enfermagem da USP	2012	Leilane Andrade Gonçalves, Rafaela Andolhe, Elaine Machado de Oliveira, Ricardo Luís Barbosa, Ana Cristina Mancussi e Faro, Renata Mahfuz Daud Gallotti, Katia Grillo Padilha	São Paulo
E23	Identificação do paciente nas organizações de saúde: Uma reflexão emergente	Revista gaúcha de enfermagem	2013	Terezinha Hideco Tase, Daniela Campos de Andrade Lourenção, Suzana Maria Bianchini, Daisy Maria Rizatto Tronchin	São Paulo
E24	Erros de medicação em pediatria: análise da documentação de enfermagem no prontuário do paciente	Revista Brasileira de Enfermagem	2005	Liliane Rodrigues Melo, Mavilde Luz Gonçalves Pedreira,	São Paulo
E25	Eventos adversos em pacientes	Acta Paulista de	2013	Elena Bohomol, Juliana de Abreu Tartali	São Paulo

	cirúrgicos: conhecimento dos profissionais de enfermagem	Enferme m			
E26	Compreensão de alunos de cursos de graduação em enfermagem e medicina sobre segurança do paciente	Acta Paulista de Enferme m	2013	Jamile Mika Yoshikawa, Bruna Elisa Catin de Sousa, Maria Angélica SorginiPeterlini, Denise MiyukiKusahara, Mavilde da Luz Gonçalves Pedreira, Ariane Ferreira Machado Avelar	São Paulo
E27	Construção e validação de conteúdo da escala de predisposição à ocorrência de eventos adversos	Revista Latino Americana de Enferme m	2012	William Mendes Lobão, Igor Gomes Menezes	Bahia
E28	Carga de trabalho da equipe de enfermagem e segurança do paciente - estudo com método misto na abordagem ecológica restaurativa	Revista Latino Americana de Enferme m	2013	Ana Maria Müller de Magalhães, Clarice Maria Dall’Agnol, PatriciaBerylMarck	Sul do Brasil
E29	Eventos adversos em Unidade de Terapia Intensiva: percepção dos enfermeiros sobre a cultura não punitiva	Revista da Escola de Enferme m da USP	2011	Carla Matilde Claro, Daniella Vianna Correa Krocockz, Maria Cecília Toffolletto, Kátia Grillo Padilha	São Paulo
E30	Implantação de um protocolo para gerenciamento de quedas em hospital:	Revista da Escola de Enferme m da USP	2012	Arlete Duarte Correa, Ifigênia Augusta Braga Marques, Maria Carmen Martinez, Patrícia Santesso	São Paulo

	resultados de quatro anos de seguimento			Laurino, Eliseth Ribeiro Leão, Denise Maria Nascimento Chimentão	
E31	Preparo e administração de medicamentos: análise de questionamentos e Informações da equipe de enfermagem	Revista Latino Americana de Enfermagem	2007	Daniela Odnicki da Silva, Cris Renata Grou, Adriana InocentiMiasso, Sílvia Helena De BortoliCassiani	São Paulo
E32	Contribuições dos registros eletrônicos para a Segurança do paciente em terapia intensiva: uma revisão Integrativa	Texto & Contexto Enfermagem	2012	Paulino Artur Ferreira de Sousa, Grace Teresinha Marcon Dal Sasso, Daniela Couto Carvalho Barra	Santa Catarina
E33	Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem	Acta Paulista de Enfermagem	2012	Mayara Carvalho Godinho Rigobello, Rhanna Emanuela Fontenele Lima de Carvalho, Silvia Helena De BortoliCassiani, TanyseGalon, Helaine Carneiro Capucho, NatháliaNogueira de Deus	São Paulo
E34	Segurança do paciente em cirurgia oncológica: experiência do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo	Revista da Escola de Enfermagem da USP	2010	Regiane Cristina Rossi Vendramini, Elaine Aparecida da Silva, Karine Azevedo São Leão Ferreira, João Francisco Possari, Wânia Regina Mollo Baia	São Paulo
E35	Percepção da equipe multidisciplinar acerca de fatores intervenientes	Revista Mineira de Enfermagem	2013	Regiane Pereira Martins Lima, Marta Maria Melleiro	São Paulo

	Na ocorrência de eventos adversos em um hospital universitário				
E36	Indicadores de segurança do paciente para hospitais de pacientes agudos: revisão sistemática	Caderno de Saúde Pública	2010	Carla Simone Duarte de Gouvêa, Claudia Travassos	Rio de Janeiro
E37	A segurança do paciente nas circunstâncias de cuidado: prevenção de eventos adversos na hospitalização infantil	Revista Latino Americana de Enfermagem	2012	William Wegner, Eva Neri Rubim Pedro	Rio Grande do Sul

3.4 AVALIAÇÕES DOS ESTUDOS INCLUÍDOS NA REVISÃO INTEGRATIVA

Essa etapa é equivalente à análise dos dados em pesquisas convencionais. Para que haja validade na revisão, a análise deve ser realizada de forma crítica, procurando explicações para os resultados encontrados, conflitando com diferentes estudos disponíveis sobre o assunto (MENDES et al, 2008).

A partir da análise da amostra selecionada para o presente estudo, extraiu-se informações relevantes e, por meio da construção de diferentes tabelas, os dados foram agrupados para serem apresentados, de acordo com a identificação dos estudos, a frequência com que aparecem e sua porcentagem aproximada, dando sentido à revisão e facilitando a análise crítica posterior dos dados.

A tabela abaixo é referente aos anos de publicação dos artigos. Cabe destacar que foram feitos recortes temporais de 2 em 2 anos, com o objetivo de agrupar de forma mais significativa os dados, onde a simbologia “ -| ” exclui o último ano a qual faz referência, sendo o mesmo incluído no próximo recorte. Os dois primeiros, demonstram o menor número de publicações, com somente 3 em cada (8,1%), sendo a frequência crescente de acordo com os recortes subsequentes. Nota-se que em 2009 e 2010 houve aumento no número de publicações, compondo a segunda maior amostra (21,6%) quando comparada aos outros anos, o que reflete a visibilidade que a temática adquiriu com o passar dos anos. O grande destaque

ocorreu nos anos de 2011 e 2012, atingindo o quantitativo de 15 artigos (40,5%), isso se deve ao fato da grande discussão em torno da temática de segurança e aos avanços conquistados. O ano de 2013 foi marcado pelo lançamento da portaria nº529 de 1ª de abril de 2013, que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Pode-se observar que, igualmente ao somatório dos anos de 2009 e 2010, o ano de 2013 atingiu o quantitativo de 8 estudos (21,6%), devido ao lançamento do Programa Nacional e da importância que os estudos passaram a ter comprovadamente na área. Salienta-se que, antes dos anos de 2011, 2012 e 2013, encontram-se publicações sobre o tema, demonstrando a relevância para a área assistencial. Observando os dados, vê-se ainda que a pesquisa está em desenvolvimento crescente, podendo concluir que os profissionais têm reais preocupações com as categorias da saúde, fornecendo subsídios científicos para aprimorar a prática clínica.

Tabela 1. Distribuição dos dados de acordo com o recorte temporal dos estudos, expondo a identificação (E), a frequência (f) com que aparecem e a porcentagem aproximada (%)

RECORTE TEMPORAL	Estudos (E)	f	%
2005 - 2007	E11, E12, E24	3	8,1%
2007 - 2009	E9, E10, E31	3	8,1%
2009 - 2011	E5, E6 E7, E8, E19, E20, E34, E36	8	21,6%
2011 - 2013	E3, E4, E13, E14, E15, E16, E17, E18, E22, E27, E29, E30, E32, E33, E37	15	40,5%
2013	E1, E2, E21, E23, E25, E26, E28, E35	8	21,6%

Autor: Amanda Rocha Amaral Nogueira Tomaz

É importante destacar que os Estados foram agrupados por região, para que houvesse uniformidade nos dados apresentados por meio da tabela. Na **região Sudeste** do país, estão pesquisas nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro e o Estudo 11, que foi realizado em três regiões do Brasil: Sudeste, Centro-Oeste e Nordeste, fazendo parte da composição. A **região Sul** ficou composta por Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Fazem parte da **região Centro-Oeste** os Estados de Goiás, Brasília, o estudo 11 e outros dois que não especificaram o local por Estado e sim pela região. **Nordeste** recebeu em sua composição estudos no Estado da Bahia e o de número 11. Pode-se observar que dentre as regiões, o Sudeste merece destaque,

por representar mais da metade das pesquisas (56,7%). Isso se deve ao fato do desenvolvimento socioeconômico da região, onde os principais pesquisadores da temática se encontram, podendo ser identificados em mais de um estudo.

Tabela 2. Distribuição dos dados de acordo com o local onde os estudos foram realizados, por região, expondo a identificação (E), a frequência (f) com que aparecem e a porcentagem aproximada (%)

REGIÃO	Estudos (E)	f	%
Sudeste do Brasil	E2, E6, E8, E9, E10, E11, E13, E14, E16, E22, E23, E24, E25, E26, E29, E30, E31, E33, E34, E35, E36	21	56,7%
Sul do Brasil	E1, E3, E4, E7, E12, E15, E18, E28, E32, E37	10	27%
Centro-oeste do Brasil	E11, E17, E19, E20, E21	5	13,5%
Nordeste do Brasil	E11, E27	2	5,4%
Espanha	E5	1	2,7%

Autor: Amanda Rocha Amaral Nogueira Tomaz

Dentre os periódicos onde foram publicados, pode-se observar uma grande variedade de Revistas na área de Enfermagem, ficando com a maior porcentagem de estudos a Revista Latino-Americana de Enfermagem (18,9%), seguida pela Revista da Escola de Enfermagem da USP (16,2%), esta provavelmente com uma quantidade elevada de artigos (6) devido à concentração de autores do assunto no referido Estado.

Tabela 3. Distribuição dos dados de acordo com os periódicos onde os estudos foram publicados, expondo a identificação (E), a frequência (f) com que aparecem e a porcentagem aproximada (%)

PERIÓDICO	Estudos (E)	f	%
Revista Latino Americana de Enfermagem	E5, E7, E11, E27, E28, E31, E37	7	18,9%
Revista da Escola de Enfermagem da USP	E6, E21, E22, E29, E30, E34	6	16,2%

Revista Brasileira de Enfermagem	E4, E9, E10, E12, E24	5	13,5%
Revista de Enfermagem da UERJ	E16, E17, E18, E20	4	10,8%
Revista Gaúcha de Enfermagem	E1, E2, E3, E23	4	10,8%
Acta Paulista	E25, E26, E33	3	8,1%
Online Brazilian Journal of Nursing	E8	1	2,7%
Revista da Escola de Enfermagem Anna Nery	E13	1	2,7%
Revista Eletrônica de Enfermagem	E19	1	2,7%
Texto & Contexto Enfermagem	E32	1	2,7%
Revista Mineira de Enfermagem	E35	1	2,7%
Caderno de Saúde Pública	E36	1	2,7%
Enfermagem em foco	E14	1	2,7%
Revista de Enfermagem da UFSM	E15	1	2,7%

Autor: Amanda Rocha Amaral Nogueira Tomaz

Cabe destacar que a divisão feita na tabela abaixo, dos percursos metodológicos utilizados, foi realizada pela autora do presente estudo, decidindo colocar a Revisão bibliográfica, entre elas prevaleceram as Revisões Integrativas, como mais uma opção de análise, pois a maioria deles especificava os estudos de Revisão como qualitativos. Ressalta-se ainda que alguns artigos só especificavam o tipo de estudo, por exemplo: transversal, descritivo e esses foram classificados a partir de uma leitura rigorosa para serem incluídos em alguma das opções disponíveis, por exemplo: qualitativo, quantitativo, quanti-qualitativo.

Como se pode observar o estudo qualitativo prevaleceu dentre as obras eleitas (51,3%). Entende-se por pesquisa qualitativa aquela que tem relação direta com o objeto do estudo, com o objetivo de se desenvolver uma boa relação entre pesquisador-participante, produzindo evidências que não provém de nenhum procedimento ou formas de quantificação. Por meio desse tipo de pesquisa é possível conhecer experiências, particularidades, emoções

vividas, ou ainda, compreender o universo das organizações, movimentos, interações entre pessoas, equipes e instituições, aproximando-se da subjetividade (MEDEIROS, 2012).

Levado por essa ótica, observa-se que as pesquisas sobre a temática utilizam, em sua maioria, esse tipo de metodologia para estudo, provavelmente devido à grande particularidade existente dentro de cada equipe e instituição de saúde, fazendo necessária esse tipo de abordagem ao realizar uma pesquisa quando o objetivo é a maior aproximação da realidade para entender os fenômenos inerentes a cada local abordado.

Tabela 4. Distribuição dos dados de acordo com percurso metodológico utilizado pelos autores, expondo a identificação (E), a frequência (f) com que aparecem e a porcentagem aproximada (%)

METODOLOGIA	Estudos (E)	f	%
Qualitativo	E2, E3, E4, E5, E6, E10, E11, E13, E15, E17, E19, E23, E24, E25, E26, E27, E30, E31, E34	19	51,3%
Quantitativo	E1, E9, E20, E21, E22, E29, E33, E35	8	21,6%
Revisão bibliográfica	E7, E8, E14, E16, E32, E36	6	16,2%
Estudo de caso	E12, E18, E37	3	8,1%
Quanti-qualitativo	E28	1	2,7%

Autor: Amanda Rocha Amaral Nogueira Tomaz

Quanto à formação profissional dos autores, foram identificados profissionais enfermeiros ou graduandos em 31 (trinta e um) dos artigos selecionados. Alguns estudos não especificavam a formação de alguns ou nenhum dos autores, essa situação foi encontrada em 10 artigos. Somente um estudo teve a participação de outra formação (medicina) em sua composição.

Observa-se que a categoria profissional que obteve mais destaque foi a Enfermagem, com a maioria (31) das publicações. Isso provavelmente ocorreu por ser uma pesquisa voltada para esses profissionais e pelo fato de estarem na linha de frente do cuidado direto ao paciente, objetivando uma prática segura que não cause danos, demonstrando através do quantitativo encontrado de publicações referentes à essa formação, a preocupação em

investigar e fornecer subsídios para a melhora da qualidade da assistência (DOMINGUES et al, 2012).

4ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Essa etapa corresponde à interpretação e discussão dos resultados encontrados a partir da pesquisa convencional. O autor, embasado em conclusões teóricas a partir da avaliação criteriosa dos estudos incluídos, faz comparações com as teorias disponíveis sobre o tema, identifica resultados e implicações para a prática clínica, além de identificar lacunas no conhecimento, contribuindo com sugestões para futuros estudos que impliquem em melhora assistencial (MENDES et al, 2008).

4.1 CATEGORIZAÇÃO DOS ESTUDOS

A partir da análise e interpretação dos dados, emergiram duas categorias, onde os 37 artigos eleitos para compor essa revisão foram alocados, de acordo com a afinidade temática. São elas:

- Eventos adversos relacionados à assistência em saúde e correlacionados com as metas internacionais;
- Medidas/procedimentos voltados à prevenção de erros e segurança do paciente;

4.1.1 Eventos adversos relacionados à assistência em saúde e correlacionados com as metas internacionais

Eventos adversos (EAs) são definidos como complicações não desejadas provenientes da assistência prestada aos pacientes, não associadas à evolução natural da doença de base, causando lesões mensuráveis e/ou prolongamento da internação (GALLOTTI, 2004).

Foi devido ao relatório do InstituteOf Medicine (Instituto de Medicina dos EUA), *ToErrisHuman*, que o tema Segurança do Paciente ganhou visibilidade. Esse relatório avaliou a incidência dos Eventos Adversos em hospitais de Nova York, Utah e Colorado, por meio da revisão retrospectiva de prontuário, trazendo dados alarmantes para a sociedade. Foi quando o termo ganhou uma definição concisa, já trazida acima. O documento apontou que 100 mil pessoas por ano morrem nos hospitais dos EUA vítimas de EAs, superando a incidência de mortes por HIV positivo, câncer de mama e atropelamentos. Além disso, trazia dados sobre os prejuízos financeiros provenientes dos eventos ocorridos. O quantitativo ficou entre 17 e 29

bilhões de dólares anuais nos EUA (BRASIL, 2013).

O movimento pela qualidade assistencial de saúde tem sido crescente nos meios acadêmicos e profissionais, relacionado à conscientização que a mesma representa um compromisso ético, moral e social. Para garantir a segurança, deve-se verificar a melhor maneira de gerenciar os aspectos envolvidos, controlar e diminuir a ocorrência de eventos adversos (BEZERRA et al, 2009). Sob essa ótica, muitas pesquisas estão sendo realizadas acerca da temática, verificando a incidência desses eventos, as causas, medidas a serem tomadas para evitá-los, os fatores relacionados a eles e a percepção dos profissionais frente ao tema.

Baseado nas 6 metas internacionais, sugeridas pela Organização Mundial de Saúde, criou-se um quadro relacionando os artigos da presente categoria com as mesmas, no intuito de analisar o que o conhecimento levantado está trazendo frente a essas metas.

Quadro 6. Relação das Metas Internacionais com os Estudos da categoria

Metas	Estudos
1ª: Identificar corretamente os pacientes	E4, E16, E27
2ª: Melhorar a comunicação entre profissionais de saúde	E4, E6, E7, E10, E13, E16, E17, E19, E20, E21, E22, E24, E25, E26, E27, E29, E30, E31, E35, E37
3ª: Melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos	E4, E6, E7, E10, E13, E16, E19, E20, E21, E22, E24, E27, E31, E35, E37
4ª: Assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos	E17, E25
5ª: Reduzir o risco de infecção associado aos cuidados de saúde	E6, E21, E27, E28, E35
6ª: Reduzir os riscos de lesões provenientes de quedas e úlceras por pressão	E6, E17, E21, E27, E28, E30, E35

Bezerra e colaboradores (2009) objetivando identificar os eventos adversos ocorridos em um hospital sentinela da Região Centro- Oeste, constataram que durante os anos de 2006 a agosto de 2008 foram realizadas 100 notificações de eventos adversos ocorridos, sendo 21% em 2006; 31% em 2007; 37% em 2008 e, em 11% dos registros, não constavam os anos das ocorrências. Dentre os eventos notificados com mais frequência destacaram-se os relacionados a hemoderivados e medicamentos. Os achados demonstraram que muitas vezes as notificações eram realizadas sem clareza quanto ao caso. Com isso, destaca a importância

dos materiais de notificação serem claros, simples e fáceis de preencher, para que haja correta utilização posterior. Quanto às categorias profissionais que os preenchem, em diversos estudos, incluindo este citado, as notificações são realizadas, em sua maioria, por enfermeiros. Sob essa ótica, as metas a serem atingidas para melhora do cenário abordado no estudo, são as de número 2 e 3; essa sinalização está sendo realizada no quadro acima, onde, após análise, todos os estudos foram incluídos, não havendo necessidade de fazer essa observação descritivamente na discussão.

Paiva e colaboradores (2010) demonstram a relevância dos Boletins de Notificação de Eventos Adversos (BNEA) em promover a identificação desses eventos indesejáveis, em proporcionar a equipe uma forma fácil de comunicar a respeito desses episódios, possibilitar a instituição de medidas, construção de um banco de dados sobre riscos e situações e permitir a modificação de condutas práticas. Quanto aos eventos adversos, os mais frequentes foram relacionados aos indicadores da qualidade, em medicação, quedas de pacientes, relacionados a cateteres, sondas e drenos e à integridade da pele. Visando verificar a adesão ao BNEA, os autores observaram que com a instituição do boletim nos diferentes setores hospitalares, houve adesão por parte da equipe de enfermagem, revelando grande número de EAs não detectados anteriormente, por falta de meio adequado disponível, e aumento gradativo de notificações após sua introdução.

Sob esse olhar, estudiosos preocupados com o cenário de prevenção, tentam instituir medidas que aumentem a segurança do paciente e a comunicação sobre os eventos adversos, que muitas vezes são subnotificados por diversos motivos. Devido à grande carência na literatura de objetos que mensurem as atitudes dos enfermeiros, frente aos aspectos de estrutura e processos que podem comprometer a qualidade da assistência ao paciente, um estudo buscou apresentar resultados da construção e validação do conteúdo da Escala de Predisposição à Ocorrência de Eventos Adversos. Constatam em sua pesquisa que a Escala não deve trazer somente as recomendações estruturais e sim considerar a falibilidade do ser humano, colocando os eventos adversos como indicadores de qualidade da assistência, assim avaliando também a atitude dos enfermeiros frente aos desafios impostos pelo campo prático. Entender a ocorrência desses episódios, levando em conta a possibilidade de erro em toda atividade humana, a complexidade da assistência de enfermagem, utilizar indicadores de qualidade e incentivar a notificação voluntária, focando o aprendizado e não a repreensão, são medidas que aumentam a segurança do paciente e aprimoram a segurança do cuidado (LOBÃO; MENEZES, 2012).

Em um estudo que aborda a percepção dos enfermeiros sobre a cultura não punitiva quanto à EAs em UTIs, autores salientam que ultimamente investe-se no aprimoramento de programas com a meta de criar uma cultura de segurança nas instituições de saúde, com vistas a prevenção de todo e qualquer tipo de EA. Nesse sentido, procura-se desenvolver nos profissionais a capacidade de detectar qualquer ameaça à segurança do paciente, buscando perigos potenciais, recebendo o apoio institucional para identificar falhas e os caminhos para eliminá-las, controlá-las ou reduzi-las. Busca-se então, produzir uma conscientização baseada na notificação voluntária, na pró-atividade e, principalmente na cultura não-punitiva, que vem sendo bastante relatada pelos profissionais da área como um aspecto negativo (CLARO et al, 2011).

O estudo mencionado acima traz em seus resultados que 83,7% dos profissionais que realizam a notificação são enfermeiros e somente 28,6% são realizados de forma anônima. Esses dados chamam a atenção porque contrariam a recomendação voltada para o incentivo à notificação, já que são realizadas pelo chefe imediato da equipe, acrescida pela identificação nominal do profissional envolvido no evento, contribuindo para a omissão dos registros de ocorrências, referido por 71,4% da amostra, uma vez que a vergonha e o medo encontram-se nos motivos para subnotificação apontados por 31 (27%) enfermeiros. Além disso, carga de trabalho, esquecimento e problemas de ordens institucionais também foram relatados como fatores de subnotificação (ibid).

De acordo com o Programa Nacional de Segurança do Paciente (2013), são estratégias para implementá-lo: concretização de sistemática de vigilância e monitoramento de incidentes na assistência à saúde, com garantia de retorno às unidades notificantes; promoção da cultura de segurança com ênfase no aprendizado e aprimoramento organizacional, engajamento dos profissionais e dos pacientes na prevenção de incidentes, com ênfase em sistemas seguros, evitando-se os processos de responsabilização individual; além da promoção de processos de capacitação de gerentes, profissionais e equipes de saúde em segurança do paciente;

Lima e Melleiro (2013) trazem também a importância do gerenciamento de risco, como preza o PNSP, exercendo um papel fundamental nas organizações, provendo as informações aos tomadores de decisão e permitindo, dessa forma, um cuidado seguro aos usuários. Consiste no mapeamento criterioso e o controle de fluxos de atividades e da implantação da cultura de compartilhamento de responsabilidades, objetivando a cooperação entre as equipes e a atenção próxima ao usuário. É de grande importância no âmbito da prevenção de EAs por aplicar sistêmica e continuamente protocolos, métodos, condutas e políticas para avaliar e controlar os eventos que ameaçam a segurança, a saúde humana, a

integridade profissional e institucional, estimando dessa forma, o potencial de danos. Todavia, só há como exercer essa atividade identificando fatores de risco, que devem ser percebidos por meio de notificações para serem tratados. Salientam dessa forma, que o objetivo da notificação é encontrar os fatores que levaram à ocorrência de erros e quais foram as falhas envolvidas no processo.

“O primeiro passo para o entendimento e prevenção do erro humano é conhecer a possibilidade de sua ocorrência, além dos tipos, causas e consequências” (YOSHIKAWA et al, 2013). Várias pesquisas têm como foco principal definir esses aspectos para contribuir com a conscientização. Dentre os objetivos do PNSP está o de fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e pós-graduação na área da saúde; Uma estratégia para implementá-lo é a articulação, com o Ministério da Educação e com o Conselho Nacional de Educação, para inclusão do tema segurança do paciente nos currículos dos cursos de formação em saúde de nível técnico, superior e de pós-graduação.

O marco inicial da instituição da cultura de segurança do paciente deveria ser dentro das instituições de ensino, onde se constroem as habilidades e os conhecimentos dos profissionais. Contudo, o que tem sido visto é um grande desafio a ser enfrentado por estas para iniciar esse processo de mudança cultural, pois nas instituições médicas, por exemplo, o ensino é tradicionalmente voltado para o diagnóstico e a cura do paciente, dedicando mínima atenção à segurança e análise de erros. Não se deve excluir qualquer outra escola de saúde, pois muitos profissionais são formados de acordo com a premissa de desenvolvimento de trabalho livre de erros, onde a cultura mostra que esses são relacionados somente à falta de atenção, conhecimento, cuidado e irresponsabilidade, contribuindo para a ocorrência de erros (ibid).

De acordo a pesquisa mencionada acima, que teve como objetivo identificar a compreensão de alunos de graduação em enfermagem e medicina de uma universidade sobre o erro humano e a segurança do paciente, constatou-se que os alunos ainda não enxergam a possibilidade de prevenção de erros por meio de implementação de estratégias e barreiras que favoreçam a segurança do paciente. A maioria dos alunos expressou ainda, que depois que um erro ocorre uma estratégia efetiva para preveni-lo é trabalhar com mais cuidado, o que demonstra a visão voltada ao indivíduo que comete o erro e não à cultura de segurança que envolve todo um sistema, não somente a mudança de conduta profissional. A maioria dos resultados da pesquisa demonstram que as informações pertinentes à cultura de segurança do paciente, que devem ser passadas nas instituições de ensino com eficácia, ainda são falhas, deixando vieses que são refletidos na assistência à saúde do ser humano.

Dentre os diversos tipos de EAs existentes no âmbito assistencial, um deles se destaca fortemente, aparecendo em múltiplos estudos selecionados para o presente trabalho. Os erros de medicação, “definidos como qualquer erro no processo de prescrição, dispensação ou administração de uma medicação”, são os que mais frequentemente ocorrem, trazendo danos aos pacientes, profissionais e instituições (BOHOMOL; RAMOS, 2007).

Percebe-se que dentre os estudos um grande quantitativo traz questões referentes aos erros de medicação. A correlação com as metas, realizada no Quadro 5, confirma o exposto, salientando a importância do alcance das metas de número um, dois e três, como forma de prevenção dos eventos relacionados aos processos envolvidos com as medicações.

Para que o paciente possa receber a medicação que lhe é designada com segurança, os profissionais devem obedecer a seis acertos, são eles: a medicação correta, o paciente correto (identificação do paciente – primeira meta), horário correto, a dosagem correta, via correta e prescrição correta. Os erros referentes às etapas podem aumentar o tempo de permanência e utilização do sistema de saúde, necessitar de intervenções ou até causar consequências irreversíveis, como a morte. Tais eventos podem ser classificados em: erros de omissão, prescrição, horário, de uma medicação não autorizada, preparo e técnica de administração incorretos, medicamentos deteriorados, não aderência do paciente, monitorização inadequada e outros (CORBELLINI et al, 2011).

Numa pesquisa que buscava avaliar a percepção da equipe de enfermagem sobre eventos adversos relacionados a medicamentos, num primeiro momento foram realizadas entrevistas para investigar como é feito o preparo e administração de medicamentos. Constatou-se que alguns profissionais citam os seis acertos da literatura, outros parcialmente. Sobre o horário, ficou evidente que as medicações são preparadas antes do estabelecido para a administração, expondo os fármacos a fatores ambientais, podendo inativá-los ou diminuir suas propriedades, reduzindo ou eliminando a ação esperada. Os autores chamam a atenção para o fato que mesmo todos os sujeitos sendo profissionais atuantes em uma mesma unidade, sob uma rotina parecida, trabalham de forma muito diferente, sem um padrão, tendo condutas diferentes para o preparo e administração de medicamentos, abrindo espaço para falhas e ocorrências de eventos adversos. Sobre os fatores que induzem ao erro de medicação, os sujeitos revelaram que a prevalência estava entre a sobrecarga de trabalho, a letra ilegível da prescrição médica e identificação incorreta do paciente/cliente (ibid). O que demonstra a importância de mais uma das estratégias para implementar o PNSP: elaboração e apoio à implementação de protocolos, guias e manuais de segurança do paciente, evitando com que haja divergências nos processos de trabalho que prejudiquem o sistema.

Em um estudo realizado no Rio de Janeiro em um hospital de alta complexidade e excelência, houve a incidência de 14,3% de eventos adversos relacionados a medicamentos, em 31,2% dos casos havendo necessidade de intervenção para suporte de vida. Os eventos estiveram relacionados com a administração de hipoglicemiantes orais, insulina, anticoagulantes, antiagregantes plaquetários, digitálico, contraste radiológico e diurético. Esses medicamentos recebem destaque devido ao potencial de lesão, caso haja falha em alguma etapa no processo. O autor destaca a dificuldade de comparação com outros estudos devido as especificidades de cada hospital e o julgamento subjetivo presente na análise, tornando o processo muito trabalhoso (ROQUE; MELO, 2012).

Semelhante ao exposto no parágrafo acima, Silva e Carvalho (2012) encontraram em sua pesquisa, em 3 unidades, um total de 229 EAs e, destes 14,8% eram relacionados à administração de medicamentos, entre eles o mais comum foi a administração da medicação errada, o que foi relacionado a não adesão a protocolos; à distração do profissional no momento da administração e à forma como o sistema de medicação é organizado. As causas de erros mais citadas foram sobrecarga de trabalho, fadiga, má qualidade de rótulos, aplicação incorreta dos acertos, distrações, interrupções e ilegibilidade das prescrições. Entre as principais causas da subnotificação foram apontadas a culpabilização do profissional, o medo da punição, a possibilidade de litígio e ausência de danos visíveis decorrente do erro na condição clínica do paciente, além do medo do desemprego.

Pesquisas mais específicas, como a preocupação de autores com a administração de antimicrobianos, não trazem resultados muito diferentes da literatura analisada até o presente momento. Os principais erros encontrados foram a administração sem o cumprimento do horário estabelecido, que decorreu do não envio da 2ª via da prescrição à farmácia, evidenciando a má comunicação entre profissionais envolvidos na administração de medicamentos, além da falha na desinfecção dos frascos e a falta de higienização das mãos dos profissionais, aumentando o risco de infecções que podem repercutir em danos aos pacientes e prejuízos profissionais e institucionais (RODRIGUES; OLIVEIRA, 2010). Eventos adversos como os citados, estão previstos em diversas metas que, se atingidas, favorecem a reversão desse quadro.

Em setores como a pediatria, onde esses erros são potencialmente perigosos, sabe-se que crianças ainda estão sujeitas a maior proporção deles, devido ao uso de doses farmacológicas fracionadas, muito específicas, inerentes a prática profissional da área. Melo e Pedreira (2005) encontraram grande proporção de erros de medicação em prontuários analisados, referentes a esse grupo. Destacaram-se os erros de omissão (75,7%), perfazendo a

grande maioria, associando grande parte desses erros a falhas na checagem do procedimento, salientando a importância do registro profissional. Bohomol (2007), ao simular cinco cenários que configuravam erros de medicação para profissionais da equipe de enfermagem, constatou que um deles não foi considerado por muitos um erro, cenário esse sobre omissão na administração de uma medicação, o que configura falta de conhecimento sobre o assunto.

Ao analisar o conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre EAs numa unidade de Hemodiálise de um hospital de ensino, observou-se que muitos profissionais não souberam definir eventos adversos. Como já falado acima, há grande importância que a equipe tenha conhecimento da temática, para desenvolver competências que os façam identificar e prevenir os erros (SOUSA et al, 2013).

Objetivando analisar os questionamentos apresentados por técnicos e auxiliares de enfermagem aos enfermeiros, durante o preparo e administração de medicamentos, um estudo revelou que 35% das respostas emitidas pelos enfermeiros estavam incorretas ou incompletas, podendo constituir um fator para erros no processo, revelando mais uma vez a importância da capacitação e do aprimoramento do conhecimento por esses profissionais (SILVA et al, 2007).

Como pôde ser visto, dentre as diversas causas, relatadas por profissionais, que os levam a cometer esses erros, a carga horária excessiva de trabalho esteve, em sua maioria, como primeira delas. O debate focado na associação entre carga horária de trabalho da equipe e segurança do paciente é um dos temas mais discutidos na área da saúde, mobilizando constantes movimentos para a resolução desse problema. Essa discussão “inclui aspectos relacionados ao dimensionamento de pessoal e ao papel dos gestores, enquanto líderes desse processo, dentro do sistema de saúde, assim como enfatiza a complexidade do desafio que se tem pela frente”. Em todo o mundo a categoria sofre com escassez de mão de obra, profissionais desqualificados, evasão e absenteísmo e no Sistema Único de Saúde brasileiro não é diferente. A profissão sofre com problemas estruturais, econômicos e culturais, que influenciam no ambiente de cuidado (MAGALHÃES et al, 2013).

Procurando pesquisar essa associação, entre carga horária e segurança, um estudo realizado em unidades de internação de um hospital universitário, trouxe achados significativos entre cargas de trabalho da equipe e eventos adversos, como a ocorrência de quedas no leito e infecção relacionada a cateter venoso central, demonstrando que o aumento do número de pacientes, que demandam tempo para assistência, designados para cada um da equipe de enfermagem, seja enfermeiro, técnico ou auxiliar, aumenta a incidência desses indicadores, tendo influência na segurança assistencial, diminuindo também a satisfação do

paciente com a equipe, ou seja, a carga horária demandada é inversamente proporcional à satisfação com o atendimento (ibid).

Nas unidades críticas, como as Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), o cenário é ainda mais alarmante, pois as horas dedicadas ao paciente demandam mais raciocínio e os procedimentos são de maior complexidade, devido à gravidade dos doentes. Gonçalves e colaboradores (2012) demonstraram que os Eventos Adversos/Incidentes ocorrem em média de 1,3 a 2,2 vezes por dia nas unidades estudadas. Ao verificar sobre a adequação das alocações da equipe de enfermagem para o cuidado ao paciente crítico observou-se diferença significativa entre as unidades, onde a ocorrência de EAs/I foi maior quando as alocações eram inadequadas, com média de 1,1 EAs/I, comparativamente às adequadas, média de 0,8 EAs/I, confirmando o que foi dito pelos profissionais na maioria das pesquisas, onde a carga horária trabalhada influencia significativamente a ocorrência dos eventos adversos.

Acompanhando a incidência de eventos adversos nas unidades críticas, os centros cirúrgicos assumiram amplo espaço para discussão dentro da temática. Souza e seus colaboradores (2011) expõem de forma mais adequada a peculiaridade do setor:

O centro cirúrgico (CC) é reconhecido como uma das unidades mais complexas do hospital e mais favorável para a ocorrência desses eventos, em razão das próprias características do cuidar, da diversidade dos procedimentos cirúrgicos e diagnósticos, bem como da intensa circulação de pessoas de diversas categorias profissionais.

Com o objetivo de caracterizar os eventos nessas unidades para alertar as equipes e minimizá-los, os autores atuaram em uma unidade de CC de um hospital universitário, constatando 42 EAs registrados durante os anos de 2005 a 2009, que foram divididos entre eventos relacionados à assistência e eventos relacionados à organização do serviço, dentre os relacionados à assistência destaca-se que a maioria resultou em danos graves ao paciente, incluindo o óbito. As evidências encontradas com prevalência de 1,67%, contrariam estudos anteriores, o que os fez pensar em subnotificação, devido à grande rotatividade de pacientes, uma das dificuldades encontradas na maioria dos estudos e já discutidas anteriormente, impedindo o planejamento estratégico voltado para a prevenção desses eventos (ibid).

Deve-se dar atenção especial a um fator que interfere na ocorrência de EAs, em particular nesse setor. A comunicação entre a equipe é de extrema importância nesse tipo de assistência, não se dando, muitas vezes, a importância devida para esse fato. Dentre as metas

propostas pela OMS a comunicação é a segunda, e, de acordo com o que demonstra o Quadro 5, é muito falada nos estudos como grande aliada à segurança e qualidade assistencial. O CC é um ambiente com grande número de interrupções e de alto estresse, cobrança e responsabilidade por parte das equipes, o que pode contribuir para a falha na comunicação. O estudo de Bohomol e Tartali (2013) evidencia esses aspectos quando constata uma visão fragmentada sobre a segurança do paciente no ambiente, sendo vista como responsabilidade de uma ou outra categoria profissional (equipe médica ou de enfermagem), não evidenciando a importância da cultura compartilhada para prevenir danos ao paciente.

Várias são as atribuições da enfermagem quando se trata da assistência ao paciente. E sabe-se que quanto maior o número de tarefas a serem realizadas, maior a probabilidade de ocorrerem erros durante a execução das mesmas, da mesma forma, quanto maior for a complexidade destas, maior a necessidade de preparo profissional para que os erros não sejam cometidos. Ainda assim, há possibilidade de falha, pois essa é uma parte imutável do ser humano. Entretanto, essas podem ser evitadas quando há instituição de medidas para tal ou agravadas quando não há adequação dessas à prática (MELO; PEDREIRA, 2005). Diante do exposto, muitas sugestões para mudança real desse cenário são deixadas como contribuições das pesquisas.

Para haver uma reestruturação dos processos de trabalho, os erros devem ser vistos de forma sistêmica, visualizando as peculiaridades que os envolvem e fazem com que eles ocorram, não atribuindo a individualidade ao analisá-los. Esses processos estão envolvidos dentro de um grande contexto, o sistema de atendimento, e como todo sistema deve ser desenhado para gerar resultados satisfatórios. Dessa forma, os eventos devem ser evitados na forma de redesenho das atividades, criando-se uma cultura que permita o gerenciamento contínuo de riscos (ibid). Um dos objetivos do Programa Nacional de Segurança (3013) é promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde;

Entende-se que implantar estratégias para a segurança da assistência é um trabalho árduo e amplo, que deve envolver todos os profissionais, atores diretos e indiretos da assistência. É relevante que as instituições invistam em educação continuada, com a capacitação e atualização sobre os assuntos mais utilizados na prática. Da mesma forma, a padronização de processos é essencial, visto que tal medida reduz a possibilidade de erros provenientes de diferentes formas de agir, que contam com conhecimentos diversos

adquiridos de forma individual. Necessita-se ainda destacar os erros de medicação para elaboração estratégias diretas, como por exemplo a prescrição informatizada e a criação de novas tecnologias e protocolos voltados para esses complexos procedimentos. A sobrecarga de trabalho é outro fator que depende do investimento das organizações de saúde, visto que esse cenário só será melhorado após aumento de recursos humanos (CORBELLINI, 2011).

Correa e colaboradores (2012) expõem o impacto da criação de um protocolo e de indicadores para o gerenciamento de um evento adverso bastante comum no ambiente hospitalar, as quedas:

A elaboração do protocolo, com base em consulta de literatura e trabalho multidisciplinar, possibilitou o desenvolvimento de ações diversificadas, abrangentes e embasadas cientificamente. O índice de quedas refletiu as ações realizadas, apresentando elevações ou quedas subsequentes às intervenções, o que auxiliou na avaliação dos processos. A caracterização dos eventos ocorridos permitiu redirecionar ações de intervenção, em especial voltadas aos riscos de maior prevalência, além de indicar a necessidade de reforço das orientações educacionais aos clientes e à equipe assistencial. Esta experiência mostrou que o uso de protocolos e de indicadores de avaliação são ferramentas gerenciais importantes para o enfermeiro no processo de melhoria da qualidade e da segurança na assistência ao paciente.

Igualmente deve-se dar atenção para a mudança da cultura punitiva, conhecida por atrasar o processo de identificação necessária para futuras mudanças. A ideia de punição deve ser substituída pela avaliação global do processo, desenvolvendo-se uma política eficaz para notificações e a formulação de ferramentas que analisem corretamente as causas envolvidas nos erros, corrigindo e prevenindo os eventos adversos (CORBELLINI, 2011).

A RDC nº 36 de 2013 institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e prevê a melhoria da qualidade dos serviços prestados, dentre elas está a implementação do Núcleo de Segurança do Paciente nessas organizações. Ao NSP são determinadas certas competências, que se relacionam com os achados nos estudos, prevendo a melhora na qualidade e uma prática isenta de danos, são elas: promover ações para a gestão de risco no serviço de saúde; desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no serviço de saúde; promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas; elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde; acompanhar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;

implantar os Protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores; estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde; desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde; analisar e avaliar os dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde; compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde; notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde; manter sob sua guarda e disponibilizar à autoridade sanitária, quando requisitado, as notificações de eventos adversos; acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias.

Se realmente forem colocadas em prática as competências citadas pelo NSP nas instituições, a melhora da qualidade será significativa, dando à assistência o caráter intrínseco a ela: o de compromisso com o paciente.

4.1.2 Medidas/procedimentos voltados à prevenção de erros e segurança do paciente

A segurança do paciente se tornou um tema complexo. Nos últimos anos assiste-se ao desenvolvimento de diversas políticas voltadas para o assunto, em todo o mundo, a partir do colocado pela Organização Mundial de Saúde. Essa perspectiva está tendo influência nas diversas ações e medidas para o fomento de boas práticas. Da mesma forma que a falha humana é existente, as medidas para evitá-la também devem ser, com urgência, objetivando minimizá-la, já que não há possibilidade de extingui-la por completo. Contudo, ainda que se identifiquem pesquisas com os objetivos mais diversos, entre eles identificação de eventos, prevalência, suas causas e outros, não há desenvolvimento de produções significativas sobre como trabalhar a prevenção. O que parece é que os estudos são iniciantes e ainda não contemplam essas medidas (QUES et al, 2010).

Um grande quantitativo de artigos encontrados a partir da seleção realizada, traz consigo recomendações para reversão do cenário, todavia poucos detalham estratégias para implantar essas recomendações, como novas tecnologias em saúde, medidas, protocolos e intervenções eficazes. Para facilitar o entendimento do que os artigos trazem como contribuições ou sugestões voltadas à Segurança do paciente, criou-se um quadro:

Quadro 7. Medidas/Procedimentos/Tecnologias voltados para a segurança do paciente, retirados dos artigos que compõem a categoria

MEDIDAS/ PROCEDIMENTOS/TECNOLOGIAS VOLTADOS PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE
- Higienização das mãos. Sugestões para aumentar a adesão: Feedback aos profissionais; Incentivo do uso de soluções alcoólicas; Estabelecimento de um plano de metas com envolvimento de líderes e equipe.
- Planejamento da assistência evidenciando o trabalho interdisciplinar: Prescrição médica legível e adequada; Avaliação da administração do medicamento pelo enfermeiro; Leitura adequada da prescrição; Interação com a equipe; Integração com o farmacêutico; Condições adequadas de trabalho.
- Identificar problemas para planejar a prevenção; Avaliar conhecimentos e habilidades da equipe.
- Programas educativos; Educação Continuada; Integração dos Centros de estudos com a assistência; Criação de grupos de estudos e discussão de casos clínicos.
- Identificação correta: Colocar os nomes dos pacientes nas medicações preparadas; Sistema de identificação a partir de pulseiras;
- Sistema de prescrições informatizadas.
- Implementar as recomendações provenientes do Programa Nacional de Segurança do Paciente e da RDC de número 36.
- Documentos que favoreçam a padronização dos processos de trabalho, como: checklists, protocolos, guias e manuais.
- Registros clínicos informatizados e, a partir desses os Sistemas de Apoio à Tomada de Decisão e Indicadores de qualidade, ambos eletrônicos.
- Padronização de concentração de drogas e das que possuem alerta máximo.
- Sistema computadorizado para notificação de erros.
- Roteiro de ações para administração de medicamentos.
- Tabelas para conversão de dosagens.
- Monitores fisiológicos, pediátricos, para identificar supersedação ou reações adversas.
- Código de barras para dispensação e checagem de medicamentos.
- Dosagem unitária de medicamentos.
- Rotulagem clara e fácil; Dupla checagem, a partir de dois profissionais diferentes.
- Desencorajamento de prescrições orais.
- Comunicação eficaz entre profissionais, famílias e pacientes, com linguagem clara.

É importante destacar o conceito de tecnologias em saúde, para que não se perca aqui o foco da investigação: “Tecnologias em saúde são os medicamentos, equipamentos, procedimentos e os sistemas organizacionais e de suporte dentro dos quais os cuidados com a saúde são oferecidos” (BRASIL, 2009).

A higienização das mãos é uma evidência científica, uma estratégia, que reduz as infecções relacionadas à assistência em saúde (IRAS). Porém, um estudo que investigou a infraestrutura material e a adesão à higienização das mãos (HM), constatou que os profissionais que aderem à essa prática têm seus objetivos mais voltados à sua própria proteção e não à segurança dos pacientes, o que implica em riscos para os mesmos. Como a maioria dos estudos, traz na conclusão as causas da baixa adesão à essa estratégia, mas não traz contribuições significativas para a mudança, somente sugestões, como: estratégias que podem ser empregadas na unidade com vistas a promover a adesão à HM, tais como *feedback* aos profissionais, incentivo do uso de soluções alcoólicas e o estabelecimento de um plano de metas, com o envolvimento de líderes e equipe (BATHKE et al, 2013).

Igualmente, como já demonstrado na categoria anterior, os estudos realizados sobre erros de medicação preconizam a identificação das causas e a partir dessas, sugerem soluções por meio de algumas medidas, todavia não há muitos estudos que avaliem intervenções feitas, baseadas nessas soluções, que comprovem a efetividade das mesmas. Balbino e colaboradores (2009) ilustram essa situação, ao separar seu estudo em dois tópicos, com os principais tipos de erros relacionados a medicamentos e suas respectivas medidas preventivas.

Miasso e colaboradores (2006) investigam também pontos de fragilidade no que diz respeito ao processo de medicação e deixam contribuições mais sólidas no que diz respeito às mudanças:

A formação de grupos de discussão entre enfermagem, melhorias do ambiente de trabalho, utilização das prescrições durante o preparo e administração, colocação dos nomes dos pacientes nos medicamentos preparados, pulseiras de identificação nos pacientes, fornecimento de informações aos pacientes a respeito dos medicamentos, fazendo com que eles participem de seus tratamentos, cursos e treinamento contínuos e presença efetiva da enfermeira no processo, conferindo as prescrições de medicamentos e supervisionando a equipe, são algumas sugestões para maior qualidade e segurança na assistência aos pacientes, e implantação da prescrição por sistema computadorizado.

Um estudo sobre o controle de infecções provenientes da assistência, constata que ainda há descaso relacionado a essa temática, por parte dos gestores/administradores, estando a prioridade centrada ainda na assistência voltada para a cura e a inter-relação envolvendo prevenção, qualidade e segurança ainda não está totalmente vinculada à prática da equipe multiprofissional (FONTANA; LAUTERT, 2006). Isso pode refletir na falta de implementação de estratégias e novas tecnologias, que poderiam estar sendo aplicadas caso houvesse verdadeira consciência sobre sua importância.

Alguns poucos estudos na área têm um caráter mais voltado para elaboração de medidas, pesquisa da eficácia das mesmas e implementação de novas tecnologias. Estudos esses que devem ser esgotados para fornecer o máximo de informações relevantes que sirvam para a melhora da prática.

A concretização do Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (CIPNSP), previsto na Portaria 529, traz como uma de suas competências a validação de protocolos, guias e manuais voltados à segurança do paciente em diversas áreas, tais como: infecções relacionadas à assistência à saúde; procedimentos cirúrgicos e de anestesiologia; prescrição, transcrição, dispensação e administração de medicamentos, sangue e hemoderivados; processos de identificação de pacientes; comunicação no ambiente dos serviços de saúde; prevenção de quedas; úlceras por pressão; transferência de pacientes entre pontos de cuidado; uso seguro de equipamentos e materiais; demonstrando a importância deles para a padronização dos processos de trabalho.

Uma pesquisa realizada dentro de um Centro Cirúrgico em um hospital escola, avaliou a implementação do checklist de “cirurgia segura”, proposto pela OMS, um documento padronizado que é composto por checagens necessárias às etapas das cirurgias, com o objetivo de comprovar se há melhora na comunicação entre as equipes e suas opiniões referentes a viabilidade e validade da aplicação do mesmo. Os estudos demonstram que o checklist é viável em diversos hospitais mesmo em diferentes contextos, mas ainda há uma dificuldade em sua implantação por parte da aceitação da equipe cirúrgica, destacando a importância do enfermeiro para adoção dessa estratégia, por liderar muitas vezes, essas unidades. A maioria dos sujeitos do estudo referiu não observar mudanças na comunicação, no entanto a observadora constatou melhora na comunicação entre as equipes, especialmente na pausa cirúrgica, segundo momento do checklist, evidenciada por discussão sobre a situação clínica do paciente. Ainda assim, as equipes opinaram favoravelmente sobre a implantação, evidenciando o desejo de aplicá-lo em todos os procedimentos realizados, onde estivessem

presentes, demonstrando que os profissionais da área da saúde entendem a importância de documentos desse tipo para uma assistência isenta de danos (PANCIERI et al, 2013).

Em julho de 2003 a *Joint Commission Board of Commissioners* (JCAHO) propôs o Protocolo Universal (PU) para prevenir os erros provenientes das cirurgias, como: lado errado, procedimento errado e paciente errado. Com a finalidade de implantá-lo no CC do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo, pode-se verificar que o objetivo do documento foi alcançado. Não foi identificado nenhum erro ou evento adverso desde o início das atividades do Centro cirúrgico, sugerindo grande efetividade do protocolo, demonstrando um método fácil de ser aplicado que pode ser implantado em outros locais que tenham como objetivo a segurança do paciente (VENDRAMINI et al, 2010).

É importante incentivar os estudos que investigam a viabilidade de novas medidas. Só há implantação de novas tecnologias/procedimentos se há comprovações da efetividade dos mesmos. Yamanaka e colaboradores (2007) realizaram um estudo em unidades de pediatria de um hospital universitário, para verificar a influência do redesenho de atividades de enfermagem para redução de erros de medicação. Para o planejamento, os erros de medicação ou de documentação foram investigados, a partir dos prontuários dos pacientes, fazendo desses um estudo controle. Posteriormente foi elaborado um algoritmo e desenvolvido um programa de educação, com uma proposta de fluxo de atividades que reduzissem os erros envolvidos. Esperavam a abordagem de 73 profissionais, porém somente 28 compareceram, limitando o estudo. Dentre os resultados, pode-se observar que:

a intervenção proposta gerou pouca mudança na proporção e na tipologia dos erros de medicação investigados, podendo-se supor que a intervenção seja efetiva apenas para reduzir erros do tipo omissão da dose ou do registro de execução da dose, medicação suspensa pelo médico e não registrada como suspensa pela enfermagem e hora errada.

A influência da redução global de erros de medicamentos ou de documentação foi de apenas 3,6%, considerada pequena. Com isso, o exposto na presente discussão até o momento se confirma, quando afirma-se que as medidas devem ser implementadas para verificar seu impacto e que sugestões são muito frágeis perante à verdadeira ação.

Há uma grande conexão entre as informações que provém do Processo de Enfermagem e a segurança do paciente e, se a meta é atingir a qualidade nos atendimentos, elas são muito relevantes. Juntamente com o avanço da medicina, surgimento de protocolos e processos de trabalho cada vez mais elaborados, há também um quantitativo muito grande de

informações. Informações essas que são centrais ao cuidado em saúde, ou seja o acesso à informação proveniente da prática fornece subsídios para as contribuições da enfermagem. Com isso, ressalta-se a importância do registro clínico, que na maioria das vezes, devido a diversos motivos, é falho, inconsistente, não possuem qualidade ou sequência lógica, mostrando-se completamente heterogêneo (SOUSA et al, 2012).

Baseados nesse cenário, os autores investigaram qual é a colaboração dos registros eletrônicos para a segurança do paciente. Constatou-se que um dos grandes desafios a serem conquistados pela enfermagem é o registro eletrônico dos dados clínicos, ao integrar o sistema de informática com o de informação, aliados ao conjunto mínimo de dados e/ou terminologias/sistemas de classificação, favorecendo a melhora dos ambientes da prática, reduzindo o tempo de registro, propiciando o raciocínio e julgamento clínicos, promovendo discussões multidisciplinares e garantindo a continuidade do cuidado.

A partir desses registros, duas tecnologias surgem com o objetivo de facilitar a tomada de decisão e o julgamento clínico. Os Sistema de apoio à tomada de decisão (SATDs) integram uma base de conhecimento ativo, gerando, a partir de dados/informações dos pacientes, aconselhamentos/indicações específicas para as necessidades, objetivando melhorar o desempenho profissional nas atividades assistenciais. São alguns aspectos positivos desse sistema: melhor desempenho profissional, maior segurança para o paciente e melhoria da qualidade do cuidado, devido à otimização dos processos de trabalho. Contudo, o mesmo deve se respaldar na melhor evidência clínica disponível, o que se torna um desafio frente a tantas informações existentes. Indicadores de qualidade podem ser também desenvolvidos, segundo os autores, a partir desses registros, sendo relevantes e suficientes fontes para se acompanhar os níveis de qualidade e segurança atingidos (ibid).

A importância do registro e das notificações se estende para os eventos adversos, logicamente. Para que se desenvolva tecnologias referentes aos mesmos, deve-se entender a prevalência deles, bem como seus tipos e outros aspectos, como já dito anteriormente nessa discussão. Uma revisão integrativa esgotou o assunto, quando investigou as tecnologias utilizadas para reduzir os erros e, contrariando a maioria dos estudos da temática, que só trazem sugestões, analisou publicações nacionais e internacionais para levantar o que está sendo utilizado. Seu estudo apontou que somente 41,1% realmente utilizavam algum tipo de tecnologia, sendo em sua maioria a prescrição computadorizada, padronização de concentração de drogas em um hospital pediátrico, sistema computadorizados para notificação de erros, a comunicação médico/paciente e comunicação interprofissional e roteiro de ações para administração de medicamentos. Nos outros estudos investigados, encontraram apenas

recomendações de estratégias. Outras medidas/recomendações evidenciadas nos estudos foram: o programa informatizado para concentração de drogas, que sugerem a padronização de administração de drogas de alerta máximo; utilização de tabelas para conversão das doses de medicamentos; uso de monitores fisiológicos para detectar reações adversas ou supersedação em crianças anestesiadas; sistemas de apoio à decisão médica, que auxilia na prescrição das drogas a serem utilizadas; utilização de códigos de barras para dispensação e checagem dos medicamentos; o uso da dose unitária de medicamentos, dispensando as doses exatas para os pacientes; rotulagem clara e fácil; dupla checagem, a partir de dois profissionais, para assegurar o procedimento correto; desencorajamento de prescrições verbais; comunicação eficaz entre profissional, família e paciente, com linguagem clara; participação ou maior aproximação do farmacêutico junto à equipe de cuidados diretos; necessidade de padronização dos medicamentos e outros (JORDAO et al, 2012).

Sob essa ótica, pode-se concluir que há imensa variedade de tecnologias e medidas que objetivam a segurança do paciente e a qualidade dos serviços assistenciais. Os artigos que compuseram essa categoria, demonstraram grandes lacunas referentes ao assunto abordado, evidenciando a importância das pesquisas que se voltem para a criação e validação de novos métodos para garantir a segurança dos atendimentos na área da saúde.

5 CONCLUSÃO

A partir do trabalho realizado constatou-se que o tema “Segurança do Paciente” é ainda uma novidade no que se refere às publicações e comprovações existentes no âmbito nacional, salientando a necessidade de investimentos para a conquista de evidências. A partir daí, a cultura de segurança, “um produto de valores, atitudes, percepções e competências, grupais e individuais, que determinam um padrão de comportamento e comprometimento com o gerenciamento de segurança da instituição” (RIGOBELLO et al, 2012), será amplamente divulgada e instituída.

A profissão escolhida por mim para ser realizada infelizmente ainda possui muitas falhas referentes ao processo assistencial, contudo fico imensamente satisfeita ao ver os progressos conquistados e a reunião diária de esforços da categoria para progredirmos e recebermos o devido valor. Devemos prezar pela qualidade do atendimento que dedicamos aos nossos clientes, lembrando que é direito do cidadão recebê-la isenta de danos e nosso dever, a partir do momento que escolhemos essa área para realizar nosso trabalho.

Acredito que as contribuições para a profissão foram relacionadas às barreiras identificadas, que devem ser ultrapassadas por meio da criação de novas medidas a partir de estudos que contemplem essa temática, sendo as principais: a posição corporativista dos profissionais, a organização da estrutura com alta variabilidade, a cobrança assistencial, a escassa padronização dos processos, ausência de liderança autêntica, falta de indicadores, falta de comunicação e de cultura de segurança e, ainda a formação falha sobre o assunto. No entanto, também foram evidenciadas medidas, muitas ainda prematuras e carentes de testes, que são úteis para implementação, favorecendo a mudança no campo assistencial.

Como formanda e futura enfermeira, a aquisição do conhecimento sobre a temática não poderia ter acontecido em um momento melhor. Realizar esse estudo me fez refletir sobre como iniciar a prática de modo seguro e responsável, prezando sempre pela qualidade do cuidado a ser realizado. Foi de extrema importância aprender a incidência dos eventos que ocorrem, seus tipos e as medidas necessárias para evita-los, tendo plena certeza que irei incorporar todo esse conhecimento no meu dia-a-dia como enfermeira.

Meus esforços serão colocados à disposição para inovar, realizar novos estudos, criar diversas medidas, sempre visando aprimorar a área.

Finalmente, deixo minha contribuição, expondo o panorama atual sobre a temática, com o intuito de subsidiar novas práticas e aprimorar o que é realizado, substituindo um sentimento inicial de impotência contra os erros, por um que expressa esperança e empenho para mudar o cenário apresentado.

6 OBRAS CITADAS

ANVISA. Ministério da Saúde. Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Hotsite. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/index.html>>. Acesso em 10 de março de 2014.

AVELAR, Ariane Ferreira Machado et al. *10 passos para a segurança do paciente*. Conselho Regional de enfermagem do Estado de São Paulo. Rede Brasileira de enfermagem e segurança do paciente. São Paulo: 2010.

BALBINO, Carlos Marcelo et al. *Erros de medicação e a segurança do paciente: revisão sistematizada da literatura*. Online BrazilianJournalofNursing, v. 8, n. 3 (2009).

BATHKE, Janaína et al. *Infraestrutura e adesão à higienização das mãos: desafios à segurança do paciente*. Rev Gaúcha Enferm. 2013;34(2):78-85.

BEZERRA, Ana Lúcia Queiroz et al. *Análise de queixas técnicas e eventos adversos notificados em um hospital sentinela*. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2009 out/dez; 17(4):467-72.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. *Ciências da Saúde em geral*. Disponível em: <<http://www.bireme.br/php/level.php?lang=pt&component=107&item=107>>. Acesso em 07 de abril de 2014.

BOHOMOL, Elena; RAMOS, Laís Helena. *Erro de medicação: importância da notificação no gerenciamento da segurança do paciente*. RevBrasEnferm, Brasília 2007 jan-fev; 60(16):32-6.

BOHOMOL, Elena; TARTALI, Juliana de Abreu. *Eventos adversos em pacientes cirúrgicos: conhecimento dos profissionais de enfermagem*. Acta Paul Enferm. 2013; 26(4):376-81.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Boletim informativo sobre segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde. v. 1, n. 1, jan-jul, 2011. Brasília: GGTES/ Anvisa, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática*. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: GGTES/Anvisa, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente*. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa Nacional de Segurança do Paciente*. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento. *Avaliação de Tecnologias em Saúde: Ferramentas para a Gestão do SUS*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

CLARO, Carla Matilde et al. *Eventos adversos em Unidade de Terapia Intensiva: percepção dos enfermeiros sobre a cultura não punitiva*. RevEscEnferm USP 2011; 45(1):167-72.

CORBELLINI, Valéria Lamb et al. *Eventos adversos relacionados a medicamentos: percepção de técnicos e auxiliares de enfermagem*. RevBrasEnferm, Brasília: 2011 mar-abr; 64(2): 241-7.

CORREA, Arlete Duarte et al. *Implantação de um protocolo para gerenciamento de quedas em hospital: resultados de quatro anos de seguimento*. RevEscEnferm USP 2012; 46(1):67-74.

COSTA, Roberta et al. *O legado de florence nightingale: uma viagem no tempo*. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2009 out-dez; 18(4): 661-9.

DOMINGUES, Aline Natália et al. *A enfermagem e a segurança do paciente*. Revista Espaço Saúde: Saúde, Tecnologia e bem estar para São Carlos e Região. São Paulo, 2012.

FONTANA, Rosane Teresinha; LAUTERT, Liana. *A prevenção e o controle de infecções: um estudo de caso com enfermeiras*. RevBrasEnferm 2006 maio-jun; 59(3): 257-61.

GALLOTTI, Renata Mahfuz Daud. *Eventos adversos – o que são?* RevAssocMedBras 2004; 50(2): 109-26.

GOMES, Vera Lúcia de Oliveira et al. *Evolução do conhecimento científico na enfermagem: do cuidado popular à construção de teorias*. InvestEducEnferm, 2007; 25(2): 108-115.

GONÇALVES, Leilane Andrade et al. *Alocação da equipe de enfermagem e ocorrência de eventos adversos/incidentes em unidade de terapia intensiva*. RevEscEnferm USP 2012; 46(Esp):71-7.

GOUVÊA, Carla Simone Duarte de; TRAVASSOS, Claudia. *Indicadores de segurança do paciente para hospitais de pacientes agudos: revisão sistemática*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26(6):1061-1078, jun, 2010.

JORDÃO, Márcia Maria et al. *Tecnologias utilizadas pela enfermagem na prevenção de erros de medicação em pediatria*. EnfermagememFoco2012; 3(3):147-150.

KOHN, Linda T.; CORRIGNAN, Janet M.; DONALDSON, Mollis S. *To err is human. Building a safer health system*. Washington (DC): NationalAcademy Press, 2001.

LIMA, Regiane Pereira Martins; MELLEIRO, Marta Maria. *Percepção da equipe multidisciplinar acerca de fatores intervenientes na ocorrência de eventos adversos em um hospital universitário*. Rev Min Enferm. 2013 abr/jun; 17(2): 312-321.

LOBÃO, William Mendes; MENEZES, Igor Gomes. *Construção e validação de conteúdo da escala de predisposição à ocorrência de eventos adversos*. Rev. Latino-Am. Enfermagem 20(4): [09 telas] jul.-ago. 2012.

MAGALHÃES, Ana Maria Müller de et al. *Carga de trabalho da equipe de enfermagem e segurança do paciente - estudo com método misto na abordagem ecológica restaurativa*. Rev. Latino-Am. Enfermagem 21(Spec): [09 telas] jan.-fev. 2013.

MEDEIROS, Marcelo. *Pesquisas de abordagem qualitativa*. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2012 abr/jun; 14(2):224-5. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n2/v14n2a01.htm>>. Acesso em 05 de abril de 2014.

MELO, Liliane Rodrigues; PEDREIRA, Mavilde Luz Gonçalves. *Erros de medicação em pediatria: análise da documentação de enfermagem no prontuário do paciente*. Rev Bras Enferm 2005 mar-abr; 58(2):180-5.

MENDES, Karina Dal Sasso et al. *Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem*. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2008 Out-Dez; 17(4): 758-64.

MENDES, Walter et al. *Revisão dos estudos de avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospitais*. Rev. Bras. Epidemiol, 2005; 8(4): 393-406.

MENDES, Walter et al. *The assessment of adverse events in hospitals in Brazil*. International Journal for Quality in Health Care, 2009; v. 21, n. 4, p. 279–284.

MIASSO, Adriana Inocenti et al. *O processo de preparo e administração de medicamentos: identificação de problemas para propor melhorias e prevenir erros de medicação*. Rev Latino-am Enfermagem 2006 maio-junho; 14(3):354-63.

PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza; MANCIA, Joel Rolim. *Florence Nightingale e as irmãs de caridade: revisitando a história*. Rev Bras Enferm, 2005 nov-dez; 58(6):723-6.

PAIVA, Miriam Cristina Marques da Silva de et al. *Eventos adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem*. Rev Esc Enferm USP 2010; 44(2):287-94.

PANCIERI, Ana Paula et al. *Checklist de cirurgia segura: análise da segurança e comunicação das equipes de um hospital escola*. Rev Gaúcha Enferm. 2013; 34(1):71-78.

PEDREIRA, Mavilde da Luz Gonçalves. *Enfermagem para a segurança do paciente*. Acta Paul Enferm, 2009; 22(4):v.

_____. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. *Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)*. Diário Oficial da União. Brasília: DF, 2013.

_____. Portaria nº 1.660, de 22 de julho de 2009. *Institui o Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária - VIGIPOS, no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, como parte integrante do Sistema Único de Saúde - SUS*. Diário Oficial da União. Brasília: DF, 2009.

QUES, Ángel Alfredo Martínez et al. *Fortalezas e ameaças em torno da segurança do paciente segundo a opinião dos profissionais de enfermagem*. Rev. Latino-Am. Enfermagem 18(3): [08 telas] mai-jun 2010.

_____. RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. *Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências*. Diário Oficial da União. Brasília: DF, 2013.

RIGOBELLO, Mayara Carvalho Godinho et al. *Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem*. Acta Paul Enferm. 2012;25(5):728-35.

RODRIGUES, Maria Cristina Soares; OLIVEIRA, Ludmilla de Castro. *Erros na administração de antibióticos em unidade de terapia intensiva de hospital de ensino*. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2010;12(3):511-9. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i3.11935>>.

ROQUE, KeroulayEstebanez; MELO, Enirtes Caetano Prates. *Avaliação dos eventos adversos a medicamentos no contexto hospitalar*. Esc Anna Nery (impr.) 2012 jan-mar; 16(1): 121-127.

SILVA, Daniela Odnicki da et al. *Preparo e administração de medicamentos: análise de questionamentos e informações da equipe de enfermagem*. Rev Latino-am Enfermagem 2007 setembro-outubro; 15(5).

SILVA, Lolita Dopico da; CARVALHO, Márglory Fraga de. *Revisão integrativa da produção científica de enfermeiros acerca de erros com medicamentos*. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2012 out/dez; 20(4):519-25.

SOUSA, Maiana Regina Gomes de et al. *Eventos adversos em hemodiálise: relatos de profissionais de enfermagem*. RevEscEnferm USP 2013; 47(1):76-83.

SOUSA, Paulino Artur Ferreira de et al. *Contribuições dos registros eletrônicos para a segurança do paciente em terapia intensiva: uma revisão integrativa*. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2012 Out-Dez; 21(4): 971-9.

SOUZA, Lorena Pereira de et al. *Eventos adversos: instrumento de avaliação do desempenho em centro cirúrgico de um hospital universitário*. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2011 jan/mar; 19(1):127-33.

SOUZA, Marcela Tavares de et al. *Revisão integrativa: o que é e como fazer*. einstein. 2010; 8(1 Pt 1):102-6.

TASE, Terezinha Hideco et al. *Identificação do paciente nas organizações de saúde: uma reflexão emergente*. Rev Gaúcha Enferm. 2013;34(2):196-200.

VENDRAMINI, Regiane Cristina Rossi et al. *Segurança do paciente em cirurgia oncológica: experiência do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo*. RevEscEnferm USP 2010; 44(3):827-32.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Department of Human Resources for Health. 2003. *Working Group on Patient Safety: rapid assessment methods for estimating hazards*

(2002: Geneva, Switzerland) Report of the WHO working group meeting, Geneva, Switzerland, 17-19 December, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. World Alliance for Patient Safety. *Taxonomy: The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety: final technical report*. Geneva; 2009.

YAMANAKA, Tatiana Inglez et al. *Redesenho de atividades da enfermagem para redução de erros de medicação em pediatria*. Rev Bras Enferm, Brasília 2007 mar-abr; 60(2):190-6.

YOSHIKAWA, Jamile Mika et al. *Compreensão de alunos de cursos de graduação em enfermagem e medicina sobre segurança do paciente*. Acta Paul Enferm. 2013; 26(1):21-9.

7. OBRAS CONSULTADAS

CARRARO, Telma Elisa et al. *A biossegurança e segurança do paciente na visão de acadêmicos de enfermagem*. Rev Gaúcha Enferm. 2012;33(3):14-19

FASSINI, Patricia; HAHN, Giselda Veronice. *Riscos à segurança do paciente em unidade de internação hospitalar: concepções da equipe de enfermagem*. RevEnferm UFSM 2012 Mai/Ago;2(2):290-299.

SANTOS, Viviane Euzébia Pereira; RADÜNZ, Vera. *O estresse de acadêmicas de enfermagem e a segurança do paciente*. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2011 out/dez; 19(4):616-20.

SCHATKOSKI, Aline Modelski et al. *Segurança e proteção à criança hospitalizada: revisão de literatura*. Rev Latino-am Enfermagem 2009 maio-junho; 17(3).

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE. Apresentação de trabalhos monográficos de conclusão de curso. 10. ed. Niterói: EdUFF, 2012.

WEGNER, Wiliam; PEDRO, Eva Neri Rubim. *A segurança do paciente nas circunstâncias de cuidado: prevenção de eventos adversos na hospitalização infantil*. Rev. Latino-Am. Enfermagem 20(3): [8 telas] maio-jun. 2012.

