



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE-UFCG**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE-CCBS**  
**UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM-UAENF**

**LILIANE NÓBREGA SANTOS**

**DIFICULDADES PARA NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS: REVISÃO**  
**INTEGRATIVA**

**CAMPINA GRANDE**

**2016**

**LILIANE NÓBREGA SANTOS**

**DIFICULDADES PARA NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS: REVISÃO  
INTEGRATIVA**

Monografia realizada para aprovação no componente curricular Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, como um dos requisitos à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

**Orientadora:** Prof<sup>ª</sup>. Andreia Oliveira Barros Sousa.

**CAMPINA GRANDE**

**2016**

S237d

Santos, Liliane Nóbrega.

Dificuldades para notificação de eventos adversos: revisão integrativa / Liliane Nóbrega Santos. – Campina Grande, 2016.

40f.; il.; qd.

Monografia (Bacharel em Enfermagem) - Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Departamento de Enfermagem, Curso de Enfermagem, Campina Grande, 2016.

Orientadora: Andreia Oliveira Barros Sousa, Esp.

1.Registro. 2.Eventos adversos. 3.Hospital. I.Título.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS  
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - UACS  
CURSO DE ENFERMAGEM

ATA DA DEFESA DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO - TCC DO CURSO DE  
ENFERMAGEM, DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - CAMPUS DE  
CAMPINA GRANDE - PB.

Aos doze dias do mês de maio do ano 2016 às 14 horas, na sala 5, com a presença dos professores participantes da banca examinadora abaixo discriminada, realizou-se a defesa do Trabalho de Conclusão de Curso, intitulado Dificuldades para notificação de eventos adversos: Revisão Integrativa, desenvolvido pelo aluno (a) Liliane Nobrega Santos, regularmente matriculado no componente curricular TCC II, no semestre 2015.2, orientado pelo professor (a) Andréia Oliveira Barros Sousa. O período da defesa transcorreu em conformidade com as normas estabelecidas pelo regimento do TCC. O aluno utilizou 15 minutos para a apresentação do seu TCC. Ao término da defesa o (a) aluno (a) juntamente com o público retirou-se da sala e a banca a portas fechadas emitiu o parecer, atribuindo a nota ao aluno. Em seguida o aluno foi reconduzido à sala e o resultado da sua avaliação foi divulgado pelo orientador. Obtendo nota 9,5 (Nota máxima e como deuses) pelos examinadores. O orientador agradeceu a presença de todos. Assim, dou fé.

Campina Grande, 02/05/2016

ORIENTADOR (A): Andréia Oliveira Barros Sousa  
TITULAÇÃO: Especialista

BANCA EXAMINADORA:

1º Membro: Rosângela da Silva da Nogueira Titulação: Mestre

2º Membro: Francineide de Fátima Silva Titulação: Especialista

Curso de Bacharelado em Enfermagem

Coordenação do TCC

*Dedico este trabalho, primeiramente a Deus, aos meus pacientes e a minha mãe Maria de Lourdes e a minha madrinha Maria da Graça. E aos meus docentes do curso de Enfermagem da UFCG-Campus de Campina Grande-PB.*

## AGRADECIMENTOS

*A Deus por ter trilhado esse caminho e poder chegar até aqui com saúde e proporcionado à oportunidade de ajudar as pessoas que precisam;*

*A minha mãe Maria de Lourdes, pelo carinho e amor, meu padrasto José Pedro a minha madrinha Maria da Graça por ter sempre me incentivado e apoiado na minha trajetória estudantil tão difícil que foi a graduação em enfermagem;*

*A Emanuel pela participação que sempre teve nos meus estudos, contribuindo para realização desse sonho.*

*A todos meus familiares, amigos, professores do ensino fundamental, médio, cursinho e aos meus queridos docentes que compõem o curso de Enfermagem da UFCG-Campus de Campina Grande-PB;*

*Aos funcionários da instituição que sempre tiveram carinho por mim e que compartilharam momentos importantes nessa jornada;*

*Aos meus pacientes por todo aprendizado que me proporcionou e fez a cada estágio melhorar como futura profissional;*

*A minha orientadora por ter aceitado meu convite e por ter feito parte desse trabalho tão importante para mim;*

*Aos membros da banca examinadora que tiveram o carinho e a responsabilidade de aceitar o convite e contribuir para minha formação;*

*À turma 2010.2-2015.1 e a turma 2011.1-2015.2, no qual encontrei alguns amigos que levarei para minha vida;*

*E todos e todas que contribuíram diretamente e indiretamente para a realização desse sonho.*

*“Espero exercer a enfermagem com muita sabedoria e dedicação, respeitando a vida, não praticando atos que coloquem em risco a integridade física, ou psíquica do ser humano, obedecendo à ética da minha profissão, com intuito de preservar sua honra e seu prestígio e suas tradições”.*

*Que daqui para frente meu caminho seja cheio de felicidade, saúde e sucesso para que eu possa ajudar muitas pessoas com a profissão que Deus me concedeu.*

**Muito obrigada!**

*“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas uma alma humana”. (Carl Jung)*

## RESUMO

SANTOS. Liliane Nóbrega; **Dificuldades para Notificação de Eventos Adversos: Revisão Integrativa**. Trabalho de Conclusão de Curso-TCC-Bacharelado em Enfermagem. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Universidade Federal de Campina Grande-PB. 2016.

Evento adverso (EA) é definido como lesão ou dano não intencional que resultou em incapacidade ou disfunção, temporária ou permanente e/ou prolongamento do tempo de permanência em ambiente provedor de cuidados de saúde ou até mesmo óbito como consequência do cuidado. A ocorrência de eventos adversos em hospitais gera riscos na assistência à saúde e dificultam a manutenção da segurança do paciente e da qualidade dos cuidados prestados. No entanto quando essa problemática é identificada as consequências ou a probabilidade de ocorrer são reduzidas, porém a grande dificuldade está na subnotificação, pois percebe-se que é muito comum durante a notificação o profissional apresentar, medo, culpa, vergonha, autopunição e também falta de estímulos e incentivos. Objetivou-se assim, reunir evidências disponíveis na literatura para caracterizar as dificuldades encontradas nas instituições hospitalares para o registro das ocorrências dos eventos adversos em pacientes. A tipologia do estudo baseou-se em uma revisão sistemática do tipo integrativa, utilizando os bancos de dados de acesso livre, sendo selecionados sete artigos na íntegra, com idioma em português, nos períodos de 2009 a 2014, no Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE) e Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências de Saúde (LILACS). O período de coleta das informações compreendeu de fevereiro a março de 2016. Enfocando as considerações dos autores em relação à pesquisa, observou-se que a pouca qualidade das notificações se deve ao caráter punitivo que algumas instituições hospitalares adotam, isso também ocorre devido ao pouco esclarecimento dos profissionais em relação a relevância do registro e a falta de clareza dos prontuários, por não apresentar legitimidade nas evoluções. O estudo relevou que os eventos adversos relacionados à medicação são os mais prevalentes nos artigos analisados. Sendo o registro indispensável no processo de comunicação da equipe e nas relações do paciente e profissional de saúde, também utilizado para continuidade da assistência e para fins de pesquisa e processos jurídicos. Diante disso é de grande relevância a capacitação da equipe para garantir segurança do paciente e melhoria na assistência e consequentemente do serviço de saúde.

**Palavras-chave:** Registro. Eventos Adversos. Hospital.



## ABSTRACT

SANTOS. Liliane Nóbrega; **Difficulties Adverse Event Reporting: An Integrative Review.** Work Completion Course-TCC-Bachelor of Nursing. Center of Biological and Health Sciences. Federal University of Campina Grande-PB. 2016.

Adverse event (AE) is defined as injury or unintentional damage that resulted in disability or impairment, temporary or permanent, and / or extending the length of stay in healthcare provider environment or even death as a result of care. The occurrence of adverse events in hospitals generate risks in health care and make it difficult to maintain patient safety and quality of care. However when this problem is identified the consequences or the probability of occurrence are reduced, however the great difficulty is in underreporting because it is perceived that is very common during the reporting professional present, fear, guilt, shame, self-punishment and also lack of stimuli and incentives. The objective is thus to gather available evidence in the literature to describe the difficulties encountered in hospitals to record the occurrences of adverse events in patients. The typology of the study was based on a systematic review of the integrative type, using the open-access databases, and selected seven articles in full, in Portuguese, from 2009 to 2014 in the Online System Search and Analysis Medical literature (MEDLINE) and Latin American and Caribbean Health Sciences (LILACS). The period of data collection was from February to March, 2016. Focusing on the considerations of the authors in relation to the research, it was observed that the low quality of notifications is due to the punitive nature that some hospitals have adopted, this also occurs due to some clarification of professionals regarding the relevance of the record and the lack of clarity of records, because it has legitimacy in developments. The study relented that adverse events related to medication are the most prevalent in the analyzed articles. Being the indispensable record in the process of the team communication and the relationship between the patient and health care professional. It's also used for continuity of care and for research purposes and legal process. Therefore it is of great importance the staff training to ensure the patient safety, care improvement and consequently the health service.

**Keywords:** Registration. Adverse events. Hospital

## LISTA DE QUADROS E FIGURAS

QUADRO I: Resultado da distribuição das publicações científicas segundo os descritores e base de dados entre 2009 e 2014. ....	20
QUADRO II. Caracterização dos artigos científicos elencados em relação aos autores, título, área de conhecimento e ano de publicação.....	22
QUADRO III. Caracterização dos Artigos Científicos elencados em relação ao periódico, Capes-qualis e objetivos propostos. ....	24
QUADRO IV. Caracterização dos Artigos Científicos elencados em relação aos sujeitos envolvidos nas pesquisas.....	25
QUADRO V. Caracterização dos Artigos Científicos elencados em relação ao local de realização da pesquisa. ....	26
QUADRO VI. Caracterização dos Artigos Científicos elencados em relação ao tipo de estudo realizado.....	27
FIGURA 1. Caracterização dos Artigos Científicos elencados em relação a região em que se encontram localizadas as instituições loco das pesquisas. ....	28

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ABNT- Associação Brasileira de Normas Técnicas  
ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária  
DECS-Descritores de Ciência da Saúde  
EA(s) – Evento(s) Adverso(s)  
IBSP-Instituto Brasileiro para a Segurança do Paciente  
ISMP-Instituto para Prática Segura no uso dos Medicamentos  
JCI – Joint Commission Internacional  
LILACS-Literatura Latino Americano e do Caribe em Ciências de Saúde  
MEDLINE-Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica  
MS – Ministério da Saúde  
NBR-Norma Brasileira Reguladora  
NSP – Núcleo de Segurança do Paciente  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde  
PBSP-Programa Brasileiro de Segurança do Paciente  
PNSP – Programa Nacional de Segurança do Paciente  
PSP - Plano de Segurança do Paciente  
RDC - Resolução da Diretoria Colegiada  
REBRAENSP-Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente  
SNVS-Sistema Nacional de Vigilância Sanitária  
SUS- Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	11
<b>2. REVISÃO DE LITERATURA</b>	13
2.1 Breve histórico da segurança do paciente	13
2.2 Estratégias desenvolvidas para segurança do paciente	14
2.3 Notificações de Eventos Adversos	15
2.4 Enfermagem e cuidado seguro	16
<b>3. ASPECTOS METODOLÓGICOS</b>	18
3.1 Tipo de estudo	18
3.2 Período de coleta de dados	18
3.3 População e amostra	18
3.4 Critérios de inclusão e exclusão	19
3.5 Instrumentos e procedimentos para coleta de dados	19
3.6 Análise dos dados	20
3.9 Aspectos éticos	21
<b>4. ANÁLISE DOS RESULTADOS</b>	22
<b>5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>	29
5.1 Subnotificação e as dificuldades de notificar	29
5.2 Eventos Adversos relacionados a medicação	30
5.3 Importância do Registro	31
5.4 Relevância da capacitação da equipe	32
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	34
<b>REFERÊNCIAS CONSULTADAS</b>	35
<b>APÊNDICES</b>	

## 1 INTRODUÇÃO

Evento adverso (EA) é definido como lesão ou dano não intencional que resultou em incapacidade ou disfunção, temporária ou permanente, e/ou prolongamento do tempo de permanência em ambiente provedor de cuidados de saúde ou até mesmo óbito como consequência do cuidado prestado (MENDES et al., 2008).

A ocorrência de Eventos Adversos (EAs) em hospitais geram riscos na assistência à saúde e dificultam a manutenção da segurança do paciente e da qualidade dos cuidados prestados. No entanto quando essa problemática é identificada as consequências ou a probabilidade de ocorrer serão reduzidas (CAPUCHO; BRANQUINHO; REIS; 2010).

No momento em que se diagnostica quais as situações que poderiam estar contribuindo para o surgimento desses eventos, pode-se organizar e implementar estratégias que visem a mitigação desse problema (BEZERRA et al., 2009).

Ao passo que se tornará possível conhecer as lacunas que precisam ser preenchidas ou corrigidas dentro do processo de assistência buscando a qualidade da assistência e um cuidado com o menor risco para o usuário.

Para Capucho (2013), a grande dificuldade está na subnotificação, pois percebe-se que é muito comum durante a notificação o profissional apresentar medo, culpa, vergonha, autopunição e também falta de estímulos e incentivos do profissional e do serviço.

O cuidado com a saúde sempre envolverá riscos, mas podem ser reduzidos, quando estes são analisados e combatidos, evitando assim possíveis eventos adversos, sendo necessário que o profissional de saúde, informe quando há existência do problema e assim observar melhor as situações do dia a dia e notificar as falhas, gerando a cultura de segurança do paciente (CAPUCHO; BRANQUINHO; REIS, 2010).

Sendo necessário que haja intervenções que priorizem medidas que possam identificar os fatores causadores dos EAs que prejudicam o paciente. Dados, mostram a alta incidência de EAs, correspondendo cerca de 7,6% de acidentes no país, dos quais 66% poderiam ser evitados se fosse notificados (BRASIL, 2013a., 2014a).

Diante disso, foi instituído pelo Ministério da Saúde (MS) em abril de 2013 o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), para reforçar o comprometimento do governo com a saúde no âmbito da assistência tanto para pacientes, quanto para os profissionais e também ao ambiente de saúde (BRASIL, 2014).

A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2013 dispõe sobre o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) como sendo uma “instância do serviço de saúde criada para

promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente” (BRASIL, 2014a, p.13).

Esse NSP também é responsável por intervir na melhoria da assistência utilizando todas as estratégias possíveis para disseminar dentro da instituição uma cultura de segurança fundamentada na gestão de risco e na garantia de boas práticas de cuidado assim como buscar dados da existência de agravos na instituição que estejam relacionados com a segurança do usuário, realizando a notificação no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária -SNVS (BRASIL, 2014).

É plausível também questionar ao profissional de saúde seu conhecimento sobre a temática, visto que as ocorrências de efeitos adversos, quando notificados, contribui para eficácia na assistência e na qualidade do trabalho. Dessa forma, utilizar boas práticas no atendimento, depende não somente da instituição de serviço, mas também de toda equipe que proporciona cuidados adequados para o paciente (BEZERRA et al., 2009).

Organizar qualquer serviço de assistência a saúde, sem levar em consideração que o seu profissional vai errar é impensável estruturalmente. Erros são situações possíveis de ocorrer e pensar estratégias que previnam esses erros deve ser o principal foco de qualquer instituição que prime pela qualidade da assistência (BRASIL, 2014).

Quanto mais complexo for a assistência prestada maior será o risco de erros acontecerem, mas nem todo erro gerará eventos que comprometam a segurança e/ou a saúde do paciente (BRASIL, 2014a).

A escolha desta temática tem como intuito buscar em periódicos qualificados elencar as dificuldades existentes para o registro dos EAs ocorridos no âmbito hospitalar, possibilitando ao profissional de saúde e aos discentes uma melhor compreensão sobre as ocorrências de efeitos adversos e a melhor forma de prevenção.

Essa pesquisa também pretende contribuir para melhoramento dos serviços prestados e favorecer no processo de aprendizado e na formação de futuros profissionais, analisando holisticamente os cuidados prestados e fomentando ações que priorizem a qualidade e a segurança do usuário assistido.

Analisando, portanto, essas reflexões objetivou-se com esse estudo caracterizar as dificuldades encontradas nas instituições hospitalares para o registro das ocorrências dos eventos adversos em pacientes.

## 2 REVISAO DE LITERATURA

O objetivo deste capítulo é tecer considerações teóricas sobre Segurança do Paciente em uma atmosfera teórica.

### 2.1 Breve histórico da segurança do paciente

A questão de segurança do paciente vem sendo discutido há muito tempo. Prova disso encontramos nos registros feitos pelo pai da medicina Hipócrates (460 a 370 a.C), que postulou “*Primum Non Nocere*” ou seja “não cause o dano”, estabelecendo a ligação que o cuidado poderia causar algum tipo de dano (BRASIL, 2014).

Outro fato que denota historicamente a preocupação com a segurança do paciente pode ser evidenciado pelo trabalho realizado por Florence Nightingale percussora da enfermagem e que instituiu em 1855, mudanças organizacionais na higienização dos hospitais, desempenhando as primeiras medidas hospitalares que buscavam reduzir os índices de infecção (TRAVASSOS; CALDAS, 2013).

Estudos documentados em 1999 pelo Instituto de Medicina (IOM) dos Estados Unidos intitulado “Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro,” constatou que entre 44.000 e 98.000 pacientes entram em óbito nos hospitais dos EUA em decorrência de danos durante os cuidados (LEAPA, 1991 *apud* CAPELLA; CHO; LIMA, 2013).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) preocupada com a segurança do paciente implantou em 2002 a Rede Sentinela, para fiscalizar o serviço hospitalar e as ocorrências de notificações de eventos adversos e outras queixas ligado à saúde (BRASIL, 2011).

A Rede Sentinela serviu de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente-PNSP implantado pelo Ministério da Saúde, com intuito de monitorar e auxiliar os agravos que ocorre na saúde pública do âmbito hospitalar (BRASIL, 2014b).

Nesta perspectiva em 2004 a Organização Mundial de Saúde (OMS), sensibilizada com a magnitude do problema lançou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, objetivando melhorias com desenvolvimentos de protocolos para reduzir os riscos dos usuários do serviço de saúde (BRASIL, 2013a).

A ANVISA com apoio da Organização Mundial em Saúde (OMS), Organização Pan-Americana (OPAS/OMS) intensificou nesse mesmo ano, atividades ligadas a saúde, com uso de monitoramento sobre uso de sangue, saneamento, materiais, dispositivos, equipamentos e

medicamentos, alimentação, vigilância de controle de EAs e infecções relacionadas à assistência à saúde (BRASIL, 2014).

Com a mesma proposta da OMS, a Joint Commission Internacional (JCI) apresentou em 2005 seis metas internacionais da Segurança do Paciente, que incluem identificação do paciente; prevenção de úlcera por pressão; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; cirurgia segura; prática de higiene das mãos em serviços de saúde e por último a prevenção de quedas (MARINHO, 2012).

## **2.2 Estratégias desenvolvidas para segurança do paciente**

Em abril de 2013 foi criado o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), visando fortalecer o cuidado e a qualificação da saúde. Esse programa reduz a incidência de Eventos Adversos (EAs) ocorridos no atendimento e assegura uma melhor assistência prestada. Sendo o EA um incidente que resulta em dano à saúde, tais eventos trazem prejuízos tanto ao paciente como para seus familiares e ao serviço de saúde devido às falhas ocorridas (BRASIL, 2014a).

O intuito desse programa é garantir a diminuição dos riscos ambientais, possibilitar controle da infecção, permitir que o profissional de saúde trabalhe corretamente e realize procedimentos clínicos sem afetar o paciente (BRASIL, 2014).

A Portaria MS/GM nº 529/2013 define os objetivos específicos do PNSP a partir do NSP com intuito de promover e implementar assistência na segurança do paciente envolvendo os familiares durante todo o processo. Definido segurança do paciente como sendo a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde (BRASIL, 2014a).

Estabelecido pela Resolução nº 36 da Diretoria Colegiada –RDC da ANVISA 2013, refere NSP como uma “instância de promotora de prevenção, controle e mitigação de EAs nos serviços de saúde” (BRASIL, 2014;p.12).

O papel do NSP nos serviços de saúde é bastante plausível, servindo de base para criação do Plano de Segurança do Paciente (PSP) sendo responsável em elaborar, implementar, atualizar e fiscalizar os riscos que pode surgir nas instituições promovendo ações de qualidade, com equipe multiprofissional (ID, 2014).

A implicação do NSP possibilita ao profissional de saúde uma avaliação mais detalhada sobre as ocorrências de possíveis EA facilitando nas condutas que deveriam ser



executadas aos pacientes durante toda a assistência melhorando o serviço prestado nas instituições.

### **2.3 Notificações de Eventos Adversos**

Para James Reason, pesquisador que muito contribuiu para o desenvolvimento da segurança em diversas áreas, o gerenciamento de erros e falhas acometidas no serviço, está relacionado diretamente com o modelo de queijo suíço, que consiste em múltiplas fatias dispostas lado a lado como obstáculos ao surgimento dos erros (BRASIL, 2013a).

Associando esse modelo às situações vivenciadas dentro das instituições de saúde é possível vislumbrá-lo refletido pelas condições que associam a ausência de barreiras dentro desses locais de assistência. Os riscos se comunicam com o paciente e com isso não encontram barreiras, tais como: profissionais capacitados, uso adequado de protocolos, entre outros (BRASIL, 2014a).

A segurança do paciente tem inúmeras definições, no entanto engloba um único objetivo, prevenir contra eventos adversos ou lesões recorrentes do processo de cuidar (CAPUCHO; BRANQUINHO; REIS; 2010).

A OMS conceitua evento adverso como toda lesão provocada ao indivíduo assistido e que pode resultar em dano a este (BRASIL, 2014).

Estudos realizados no ano de 2013 nos Estados Unidos evidenciaram que anualmente cerca de 210.000 a 400.000 pacientes sofrem danos evitáveis no âmbito hospitalar decorrente do cuidado (JAMES, 2013 *apud* BRASIL, 2014a).

A ocorrência de EA causa impacto no Sistema Único de Saúde (SUS), possibilitando aumento da morbidade e mortalidade, no tempo de permanência do paciente em tratamento e nos custos financeiros, influenciando tanto social, como economicamente a vida do país (BRASIL, 2013b).

Dentre os erros mais comuns observados dentro das instituições hospitalares aqueles relacionados aos medicamentos são os mais frequentes. Esses erros perpassam inclusive a simples administração, sendo elencadas etapas de susceptibilidade que envolvem desde a prescrição como o acondicionamento, dispensação, preparo e por conseguinte a administração (SILVA, 2012).

Esse mesmo autor destaca que este tipo de situação é a mais previsível e, portanto a mais evitável, podendo ou não trazer danos ao indivíduo assistido, sendo necessário que o profissional cuidador esteja atento a todas as etapas de sua execução.

Duarte et al., (2015) elencou quatro principais eventos ocorridos dentro dos hospitais, como sendo aqueles relacionados a administração de fármacos, a vigilância do paciente, manutenção de uma estrutura dérmica íntegra e recursos materiais.

Esses autores alertam que atualmente a probabilidade de um usuário que necessita de cuidados de maior complexidade, por conta disso são internados em hospitais, ser isento de algum tipo de dano decorrido da assistência tem diminuído consideravelmente.

Pode-se perceber a notoriedade dessa temática ser discutida e refletida dentro das instituições hospitalares para que se possa evitar a recorrência de erros que desenvolvam danos aos pacientes.

## **2.4 Enfermagem e cuidado seguro**

Para compreender a essência da enfermagem é relevante a análise das concepções desta profissão baseadas em diversos autores. Bub e Liss (2006) entendem a enfermagem como ciência, arte e tecnologia responsáveis para suprir as necessidades do ser humano.

Como ciência responsável por determinar conhecimentos novos para o uso prático. Tecnicamente a enfermagem elabora técnicas que possam resolver problemas práticos e cotidianos de forma usual e, como arte objetiva satisfazer necessidades, gerar bem estar, aperfeiçoar competências e promover a vida (ID, 2006).

Para Laurent e Dias (2006) a enfermagem compreende o ato de cuidar em uma relação viva com o ser cuidado, onde utiliza-se metodologias fundamentadas em estruturas teóricas e científicas aplicadas à prática do cuidado.

Existe uma diversidade de conceitos essenciais, que requer uma constante reflexão e interação dialógica com aquele que se pretende cuidar. E por essas razões é possível compreender a relevância que a enfermagem possui na implementação e manutenção de um cuidado seguro ao paciente.

O cuidado é um fenômeno que ocorre em todo o mundo que influencia o modo de pensar, sentir e se portar em relação ao outro (POTTER et al., 2013).

Assegurar o cuidado é, portanto uma tarefa ímpar, não só como um empreendimento individual, coletivo que precisa ser executado de forma intencional, refletida, responsável e delicada, já que cuidar é totalmente diferente de tratar (BUB; LISS, 2006).

Em relação ao EA muitas vezes é visualizada pela equipe de enfermagem como uma condição que implicará em punição e, frequentemente em desligamento desse profissional da empresa (PARANANGUÁ et al., 2013).

Duarte et al (2015) confirma quando refere que a postura do profissional de enfermagem diante da constatação de um EA possui um desfecho que dependerá do tipo de cultura existente no hospital seja punitiva ou não. Também destacam que na maioria dos casos ocorridos não existe intencionalidade por parte dos profissionais em causa o dano, e que muitos não conseguem identificar o erro e conseqüentemente não o atribuem a sua assistência.

O planejamento e a sistematização do cuidado associados a um correto dimensionamento de pessoal e uma estrutura física adequada, associada a um quantitativo de recursos materiais suficientes são estratégias eficazes nessa busca de prestar um cuidado seguro (LIMA et al., 2009).

### **3 ASPECTOS METODOLÓGICOS**

Durante este capítulo será discutido o tipo de estudo metodológico, período de coleta de dados, população e amostra, os critérios de inclusão e exclusão, o instrumento e procedimentos da coleta de dados, análise dos dados utilizado e como se procedeu ao tratamento e discussão dos resultados e considerações éticas.

#### **3.1 Tipo de Estudo**

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, com a utilização de artigos selecionados de periódicos da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), cuja temática apresentava similaridade com os objetivos propostos pelas pesquisadoras.

De acordo com Broome (2006) *apud* Botelho, Cunha e Macedo (2011) uma revisão integrativa é um método específico, resumido para um melhor entendimento da literatura estudada, onde serão abordados os fatos e teorias acerca da temática.

A revisão integrativa da literatura constitui o método mais amplo de busca e coleta de pesquisas primárias. É um método relevante, permitindo a síntese de múltiplos estudos publicados, tornando-se viável sua literatura e enriquecimento de conhecimentos pré-existentes (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

#### **3.2 Período de Coleta de Dados**

O levantamento das publicações foi realizado no período de fevereiro a março de 2016.

#### **3.3 População e Amostra**

A população de estudos foi constituída de artigos científicos indexados nos bancos de dados de acesso livre: Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE) e Literatura Latino Americano e do Caribe em Ciências de Saúde (LILACS), através dos descritores “Registro”, “Eventos Adversos” e “Hospital”.

Sendo selecionados após análise dos critérios de inclusão e exclusão 07 artigos.

### **3.4. Critérios de Inclusão e Exclusão**

Foram utilizados como critérios para a inclusão nesta pesquisa:

- Artigos publicados com idioma português, que encontravam-se disponíveis nas bases em versão completa com livre acesso ao público;
- Artigos publicados, entre os anos de 2009 e 2014;
- Publicações relacionadas aos descritores propostos.

Os critérios utilizados para a exclusão foram:

- Artigos não indexados nos bancos de dados Medline e Lilacs;
- Artigos repetidos nas duas bases de dados;
- Artigos publicados em idiomas que não o português;
- Artigos cuja temática não se adequasse aos objetivos propostos.

### **3.5 Instrumentos e Procedimentos para Coleta de Dados**

Os dados foram coletados após inclusão de palavra chave na pesquisa nas bases de dados, em seguida os artigos foram filtrados para obter os critérios de inclusão e exclusão da pesquisa.

Para a realização desse estudo foi inicialmente elaborada a seguinte questão norteadora: Quais as dificuldades e obstáculos encontrados para a notificação de eventos adversos nas instituições hospitalares?

A partir dessa indagação foram escolhidos três Descritores de Ciências da Saúde (DeCS): registro, eventos adversos e hospital. Esses termos foram consultados no banco de dados MEDLINE e LILACS em um primeiro momento de forma isolada, e depois em associação como descrito no quadro I aos pares utilizando o operador lógico booleano AND.

QUADRO I: Resultado da distribuição das publicações científicas segundo os descritores e base de dados entre 2009 e 2014.

<b>Base de Dados</b>	<b>DeCS</b>	<b>Registro</b>	<b>Eventos Adversos</b>	<b>Hospital</b>	<b>Registro e Eventos Adversos</b>	<b>Registro, Evento Adverso e Hospital</b>
<b>MEDLINE</b>		162397	1949	1211966	36	09
<b>BDENF</b>		519	80	7097	06	05
<b>LILACS</b>		12128	1531	70850	10	05

Fonte: Base de dados MEDLINE, BDENF e LILACS, 2016.

Segundo Whittemore e Knafl (2005) apud Botelho; Cunha; Macedo (2011) o termo “integrativa” origina-se de um conjunto de ideias particulares, segundo os autores, esse é um método de estudo que integra diversas metodologias [grifo do autor].

### 3.6 Análise dos Dados

Os estudos incluídos para a realização dessa pesquisa seguiram a análise dos dados propostos por Whittemore e Knafl (2005) apud Botelho; Cunha; Macedo (2011) que aborda as seguintes etapas: formulação da questão norteadora que delimita o problema, selecionar e identificar as leituras relevantes ao tema, relacionar a leitura dos materiais aos dados colhidos, análise e apresentação dos dados, e apreciação dos resultados.

A leitura das informações foi realizada em caráter exploratório, objetivando selecionar as obras de interesse para a pesquisa. Após a leitura analítica dos textos selecionados, foram ordenadas as informações contidas nos referenciais teóricos sendo por fim realizada uma leitura de caráter interpretativo que relacionou as conclusões referidas pelos autores para o tema em questão.

Durante todas as etapas analíticas foram confeccionados fichamentos para uma melhor organização e compreensão aos resultados, sendo estes categorizados baseando-se no método de revisão integrativa.

### **3.7 Aspectos Éticos**

Durante todas as etapas de execução desse estudo foram seguidas as diretrizes propostas pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) através da Norma Brasileira Reguladora (NBR) nº 6.023, que dispõe sobre os elementos a serem incluídos em referências.

Foi respeitado, também, os direitos autorais, regido pela Lei nº 9.610 de 19 de fevereiro de 1998, respeitando os autores através da divulgação dos seus nomes e obras (BRASIL, 1998).

#### 4. ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo foi abordado de forma analítica, os dados levantados durante a coleta das informações, sendo expressos através de quadros e figuras, além de interpretados a luz do referencial teórico estudado.

No segundo quadro têm-se uma explanação dos artigos encontrados para análise quanto o título do trabalho, área de conhecimento e o ano de publicação . Tendo sido, os artigos codificados de A1 a A7 em ordem crescente do ano de publicação.

QUADRO II. Caracterização dos artigos científicos elencados em relação aos autores, título, área de conhecimento e ano de publicação.

<b>Código do Artigo</b>	<b>Autores</b>	<b>Título</b>	<b>Área de Conhecimento</b>	<b>Ano</b>
<b>A1</b>	BEZERRA, A.L.Q.; SILVA, A.E.B.C.; BRANQUINHO, N.C.S.S.; PARANAGUÁ,T..T. B.	Análise de queixas técnicas e eventos adversos notificados em um hospital sentinela.	Enfermagem	2009
<b>A2</b>	PAVÃO, A.L.B.; ANDRADE, D.; MENDES,W. MARTINS, M; TRAVASSOS, C.	Estudo de incidência de eventos adversos hospitalares, Rio de Janeiro, Brasil: Avaliação da qualidade do prontuário do paciente.	Epidemiologia	2011
<b>A3</b>	ROQUE, K. E.; MELO, E. C. P.	Avaliação dos eventos adversos a medicamentos no contexto hospitalar.	Enfermagem	2012
<b>A4</b>	LEITÃO, I.M.T.A.; OLIVEIRA, R.M.; LEITE, S.S.; SOBRAL, M.C.; FIGUEIREDO, S.V.; CADETE, M.C.	Análise da comunicação de eventos adversos na perspectiva de enfermeiros assistenciais.	Enfermagem	2013



<b>A5</b>	ROZENFELD, S.; GIORDANI, F.; COELHO, S.	Eventos adversos a medicamentos em hospital terciário: Estudo piloto com rastreadores.	Epidemiologia	2013
<b>A6</b>	PARANAGUA, T. T. DE B. et al	Prevalência de incidentes sem dano e eventos adversos em uma clínica cirúrgica.	Enfermagem	2013
<b>A7</b>	LIMA.P.F;CAVASS INI.A.C.M; SILVA.F.A.T; KRON.M.R; GONÇALVES.S.F; SPADOTTO.A; LIMA.S.A.M	Queixas técnicas e eventos adversos a medicamentos notificados em um hospital sentinela do interior de São Paulo, 2009-2010.	Epidemiologia	2013

Fonte: Base de dados MEDLINE, BDEFN E LILACS, 2016

Analisando o Quadro II observa-se que 04 artigos foram publicados em periódicos que tem como área de conhecimento a Enfermagem. Isso reforça a busca de uma prática profissional baseada em evidências científicas destacando essa profissão como ciência em expansão.

A Enfermagem possui como fundamento norteador uma prática assistencial voltada a evidência científica, e por isso observa-se um aumento da quantidade de pesquisas elaboradas nessa área.

Quando o enfermeiro identifica o problema ou necessidade do indivíduo, passará a elaborar metas para sua assistência, que serão traduzidas na forma de prescrição dos cuidados e evolução dos resultados (SÁ; FUGITA, 2005).

Diversas pesquisas vêm sendo realizadas com o propósito de melhorar a assistência prestada pela equipe de enfermagem. Sendo necessário, constantemente modificar conceitos para atingir a qualidade nas atividades desenvolvidas.

Em relação ao ano de produção evidencia-se 2013 como ano com maior incidência de publicações, podendo ser justificado pela articulação nesse ano do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) com 120 instituições de ensino superior do país, com foco na segurança do paciente, como também pela criação do PNSP (BRASIL, 2014).

Essa proposta fomentou de maneira grandiosa as pesquisa voltadas a temática, destacando-a como relevante e essencial para se garantir a qualidade da assistência dentro das instituições de saúde.

QUADRO III. Caracterização dos Artigos Científicos elencados em relação ao periódico, Capes-qualis e objetivos propostos.

<b>Código do Artigo</b>	<b>Periódicos</b>	<b>CAPES-Qualis</b>	<b>Objetivos Propostos</b>
<b>A1</b>	Revista de Enfermagem da UERJ	B1	Analisar as queixas técnicas e eventos adversos notificados em um hospital sentinela da região central do Brasil
<b>A2</b>	Revista Brasileira de Epidemiologia	B2	Avaliar a qualidade da informação dos prontuários de três hospitais de ensino do Estado do Rio de Janeiro, participantes do estudo de base para a estimativa da incidência de eventos adversos (EA).
<b>A3</b>	Escola Anna Nery Revista de Enfermagem	B1	Avaliar a ocorrência de Eventos Adversos Medicamentosos em um hospital cardiológico e classificar os eventos adversos em relação à gravidade do dano
<b>A4</b>	Revista RENE	B2	Analisar o processo de comunicação de eventos adversos no contexto hospitalar, sob perspectiva de enfermeiros assistenciais
<b>A5</b>	Revista de Saúde Pública	A2	Estimar a frequência e caracterizar os eventos adversos a medicamentos em hospital de cuidados terciários
<b>A6</b>	Acta Paulista de Enfermagem	A2	Estimar a prevalência de incidentes sem dano e eventos adversos em uma clínica cirúrgica
<b>A7</b>	Epidemiologia e Serviços em Saúde	B2	Descrever queixas técnicas e eventos adversos a medicamentos notificados em hospital sentinela no interior do estado de São Paulo, Brasil, incluindo todas as notificações realizadas nos anos de 2009 e 2010.

Fonte: Base de dados MEDLINE, BDEFN E LILACS, 2016

Todos os periódicos relacionados seguiram como critério uma estratificação da qualidade da produção intelectual elencada, o processo de qualificação Qualis CAPES. Foram incluídos publicações que se enquadravam entre Qualis A2 e B2. Os periódicos classificados como A2 possuem excelência internacional e os B1 e B2 excelência nacional (CAPES, 2016).

Esse critério de estratificação de qualidade possui grande notoriedade para o campo científico, pois estabelece regularmente a qualidade dos periódicos garantindo aos pesquisadores uma certificação dessa publicação.

Em relação aos objetivos de estudo de cada artigo, observa-se que a temática foi abordada em diferentes perspectivas, evidenciando-se os erros de medicação e a relevância dos prontuários como destaque para a temática pesquisada, tendo o primeiro alcançado maior incidência entre os estudos avaliados.

Discutiremos a seguir no Quadro IV os profissionais que estão diretamente ligados na segurança do paciente e que fizeram parte dos estudos.

QUADRO IV. Caracterização dos Artigos Científicos elencados em relação aos sujeitos envolvidos nas pesquisas.

<b>PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS</b>	<b>Nº DE ARTIGOS</b>	<b>%</b>
<b>ENFERMEIROS</b>	06	86
<b>MÉDICOS</b>	05	71
<b>TÉCNICOS E AUXILIARES DE ENFERMAGEM</b>	01	7
<b>FARMACÊUTICOS</b>	03	43
<b>OUTROS PROFISSIONAIS</b>	04	57

Fonte: Base de dados MEDLINE, BDNF E LILACS, 2016.

Destaca-se preocupação sobre o tema no enfoque multidisciplinar, verificando que a abordagem dos eventos adversos no âmbito hospitalar, despertou alerta em muitos profissionais de saúde, atribuindo essa função não apenas para um membro da equipe e sim para todos envolvidos na continuidade da assistência.

Considera-se que como a maioria dos artigos enfocava periódicos voltados para área de conhecimento da enfermagem, seria coerente encontrar-se nesse quadro uma maior participação destes profissionais.

O enfermeiro é o profissional que presta cuidado integral ao usuário durante todo o dia, sendo por consequência mais frequente a possibilidade de observar a instalação e desenvolvimento dos eventos adversos junto aos usuários.

O quadro a seguir descreverá o tipo de instituição onde foi desenvolvida a coleta de dados dos estudos relacionados.

QUADRO V. Caracterização dos Artigos Científicos elencados em relação ao local de realização da pesquisa.

<b>TIPO DE INSTITUIÇÃO</b>		
<b>ONDE FOI DESENVOLVIDO O ESTUDO</b>	<b>Nº DE ARTIGOS</b>	<b>%</b>
<b>PÚBLICA</b>	04	57
<b>UNIVERSITÁRIA</b>	02	28
<b>REDE SENTINELA</b>	04	57
<b>PARTICULAR</b>	00	-

Fonte: Base de dados MEDLINE, BDNF E LILACS, 2016.

Observa-se que a porcentagem de estudos referentes aos hospitais públicos são de maior evidência nos artigos estudados, seguidos daqueles que integram a rede sentinela e os hospitais universitários.

O objetivo primordial dos hospitais universitários centra-se no incentivo ao ensino e a pesquisa nessas instituições. Soczek e Alencastro (2012, p.52), afirmam que a pesquisa é “um elemento fundante, norteador e incentivador da prática educativa”, ou seja, não se pode dissociar a pesquisa da educação. Por isso seria extremamente relevante que os hospitais universitários buscassem mais investir nessa estratégia, buscando através dessa conduta modificar realidades negativas encontradas nestas instituições.

Em relação as instituições particulares vêm-se observando que a busca da qualidade na prestação de serviços ao cliente ou usuário vem sendo foco de muitas dessas gestões.

Segundo Lima et al., (2009) essa perspectiva gerou mundialmente uma preocupação em investir qualitativamente nos serviços de saúde privados, devido ao perfil dos clientes que utilizam tais serviços, e que a cada dia encontram-se mais exigentes e criteriosos .

Graças a essa nova perspectiva os hospitais e outras entidades da saúde vem tentando incrementar práticas mais eficientes para gerir e assegurar uma prestação de cuidados mais humanizada e acima de tudo qualificada (BRASIL, 2002).

Pensando nesse enfoque acredita-se que seria notório para evidenciar essas práticas o incentivo também as pesquisas principalmente com foco na segurança do paciente.

No próximo quadro foram distribuídos os principais tipos de estudo encontrados nos artigos analisados.

QUADRO VI. Caracterização dos Artigos Científicos elencados em relação ao tipo de estudo realizado.

<b>TIPOLOGIA DOS ESTUDOS</b>	<b>Nº DE ARTIGOS</b>	<b>%</b>
<b>RETROSPECTIVO</b>	05	46
<b>DESCRITIVO</b>	03	27
<b>QUALITATIVO</b>	02	18
<b>TRANSVERSAL</b>	01	9

Fonte: Base de dados MEDLINE, BDNF E LILACS, 2016.

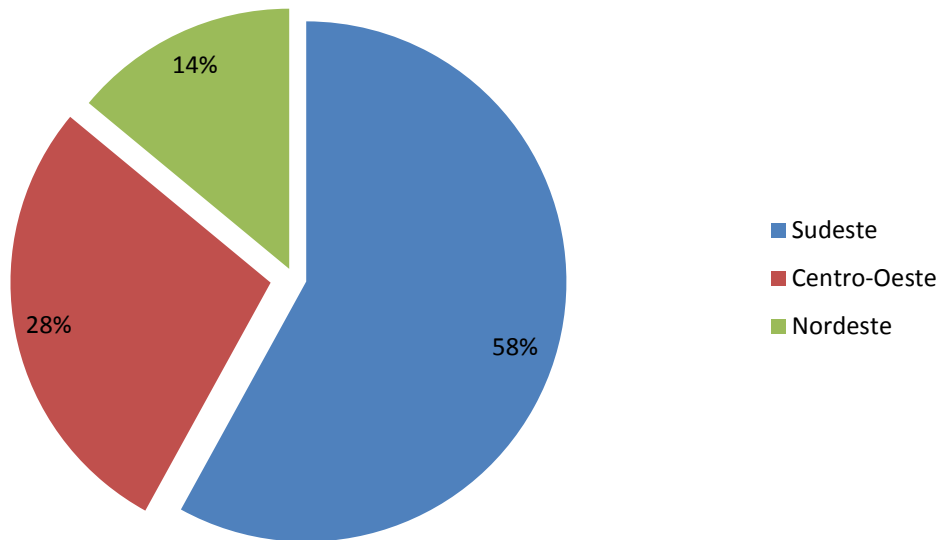
No quadro VI há uma distribuição de porcentagem de ocorrências de algumas tipologias metodológicas, tendo maiores ocorrências às pesquisas de caráter retrospectivo, descritivo, qualitativo e transversal.

Analisando a temática proposta neste trabalho, percebe-se que o estudo retrospectivo seria o tipo de metodologia que mais se adequaria a coleta de dados buscando evidenciar os eventos adversos observados nas instituições das pesquisas.

Segundo Koche (2013, p. 32) um estudo retrospectivo “tenta provar ou negar o risco de algo, como uma doença ou distúrbio, através da observação de um grupo de pessoas com características comuns”.

Esse estudo é estruturado para delinear e explorar situações passadas buscando através da análise documental marcar um período anterior, conduzindo a mesma até o momento atual (KOCHE, 2013). A figura 1 descreverá as regiões cujas pesquisas elencadas foram realizadas.

FIGURA 1. Caracterização dos Artigos Científicos elencados em relação a região em que se encontram localizadas as instituições loco das pesquisas.



Fonte: Base de dados MEDLINE, BDEF E LILACS, 2016.

Percebe-se ao analisar a figura 1 uma incidência maior de pesquisas sobre a temática nas regiões sudeste, centro oeste e nordeste.

A prevalência de estudos dessa natureza na região Sudeste, justificada pela presença nessa região de várias organizações que buscam divulgar a segurança do paciente nas instituições de saúde. Dentre estas destacam-se a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP), Instituto Brasileiro para a Segurança do Paciente (IBSP), Programa Brasileiro de Segurança do Paciente (PBSP), PROQUALIS, Instituto para Práticas Seguras no Uso dos Medicamentos (ISMP), todos com sede na cidade de São Paulo e com atuação bastante expressiva na área.

## 5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O objetivo deste capítulo é apresentar as considerações iniciais da análise dos dados apurados, em seu cerne teórico.

### 5.1 Subnotificação e as dificuldades de notificar

Bezerra et al., (2009); Pavão et al., (2011); Roque e Melo (2012) e Lima et al., (2013) registram em seus estudos a existência nas instituições, de subnotificação dos EAs, bem como as dificuldades levantadas pelas amostras estudadas em notifica-los.

Esses autores enfocam que a qualidade das notificações se deve principalmente a uma cultura com caráter punitivo, presente em algumas instituições e até mesmo pelo pouco esclarecimento desses profissionais em relação à relevância desse registro. Muitas das notificações avaliadas pelos pesquisadores não possuíam clareza na análise dos prontuários, que estes realizaram, percebeu-se a presença de vários fatores que contribuíam para o surgimento de eventos, mas que não haviam sido registrados pelos profissionais responsáveis pelo cuidado direto dos usuários.

Reforçando o pensamento dos autores, as subnotificações no serviço hospitalares, ocorre muitas vezes, pois se identifica geralmente aquele de maior gravidade se negligenciando os de menor complexidade, pela falta de identificação do registro, medo, punição e exposição do profissional (LIMA et al., 2013; SILVA et al., 2011).

Dados fornecidos por Bezerra *et al* (2009), Giomo (2009) e Gallotti (2003), mostram que os EAs afetam cerca de 10% dos indivíduos admitidos em instituições hospitalares, interferindo diretamente na qualidade da assistência prestada, distanciando o cuidado ideal do cuidado real.

Roque (2012) corrobora com os autores supracitados e destaca ainda a falta de ordenação cronológica dos prontuários, a ilegitimidade e abreviaturas nas evoluções dos profissionais de saúde como fatores contribuintes para que o profissional possa registrar o EAs.

Para Bezerra et al., (2009), é através das notificações que são implantadas estratégias que contribuem para a mitigação dos EAs e queixas técnicas. Essa conduta de registrar o evento é um dos nortes mais relevantes para se qualificar a assistência prestada.

Pavão et al., (2011) e Edwards (2004), registram também a notoriedade dos registros no prontuário como fator determinante para assistir qualificadamente o usuário e elencam que uma documentação inadequada ou ausência de informações nesse registro são potenciais riscos ao surgimento de danos aos indivíduos assistidos.

## **5.2 Eventos Adversos relacionados a medicação**

Bezerra et al., (2009), Roque e Melo (2012), Rozenfeld, Giodani e Coelho (2013), Paranaguá et al., (2013) e Lima et al., (2013) destacam que os eventos adversos associados a medicamentos são os tipos mais prevalentes de registro encontrados durante as suas coletas de dados.

Bezerra et al., (2009) consideram como eventos adversos a medicamentos, as falhas surgidas como consequência de erros durante a prescrição, dispensação ou administração de uma medicação.

Pesquisas realizadas nos Estados Unidos (EUA) mostraram que cem mil pessoas morrem nos serviços hospitalares a cada ano, vitimadas por EAs causados por medicamentos (BEZERRA et al., 2009 apud CASSINI, 2000).

Segundo Roque e Melo (2012), o cuidado prestado aos pacientes hospitalizados exige do prestador da assistência uma atenção criteriosa. Esse tipo de assistência é amplamente utilizada nas instituições hospitalares e pode gerar algum tipo de dano ao indivíduo, devido a quantidade de fármacos utilizados em algumas terapêuticas e a susceptibilidade que alguns indivíduos possuem para desenvolver essas ocorrências.

Essas especificidades expostas pelos autores acima citados implicam em inúmeras condições como prolongamento no tempo de internação, aumento do ônus hospitalar, necessidades de tratamentos adicionais, exames e procedimentos extras, além da possibilidade de agravamento do quadro clínico podendo acarretar no óbito do indivíduo como consequência desse ato inseguro (BEZERRA et al., 2009; SANTOS; 2007).

A probabilidade de um único usuário estar exposto a inúmeros eventos adversos durante a mesma internação é muito frequente dentro de instituições hospitalares. Fatores como a idade avançada, comorbidade, polifarmácia, uso inadequado de medicamentos e ilegitimidade nas prescrições, são preceptores comuns que favorecem o surgimento desses erros (RIBEIRO, 2015).

Em relação aos eventos adversos adscritos a equipe de enfermagem dos hospitais, as ocorrências mais incidentes observadas acontecem devido a administração de diversos



medicamentos em um mesmo horário, o que aumenta o risco de interações farmacológicas, administração em horários errados ou atrasados, administração realizado por acompanhantes ou usuários, falta de supervisão do enfermeiro, ilegibilidade da prescrição médica, acondicionamento do fármaco em local errado, entre outros (TEIXEIRA, 2010; SILVA, 2010).

Analisando esses dados percebe-se a relevância do enfermeiro na diminuição desses eventos e, conseqüentemente, das ocorrências relacionadas aos medicamentos. Percebe-se que, grande parte destes são preveníveis a participação direta desse profissional será de grande importância em todo o processo da assistência.

### **5.3 Importância do Registro**

Leitão et al., (2013) e Pavão et al., (2011), apontam que o registro no âmbito hospitalar é cada vez mais indispensável no processo de comunicação da equipe, nas relações do paciente e profissional de saúde, além disso, podem ser utilizados para fins de pesquisa, auditorias, processos jurídicos e outros meios. Sendo de extrema relevância que as informações inseridas nas evoluções, obtenham dados coerentes e corretos dos cuidados prestados aos usuários.

Para Françolin et al., (2012), o prontuário do paciente é um documento que faz parte do processo saúde/doença e nele deve garantir informações fidedigna no qual a enfermagem deve registrar.

Dessa forma torna-se de fundamental importância as informações inseridas nos prontuários e que estes estejam escritos de modo adequado, para garantir a segurança do paciente e a qualidade da saúde prestada (LEITÃO et al., 2013).

Quando o prontuário contém informações completas do paciente com letra legível é fácil de esclarecer quaisquer dúvida, com assinatura do responsável e carimbo, caso ocorra denúncias de imperícia, imprudência ou negligência a equipe de saúde é respaldada com a documentação (FRANÇOLIN et al., 2012).

Não existindo qualidade no registro os dados no prontuário torna-se insatisfatório o que predispõe causalidades de eventos inerentes ao paciente, sendo necessária uma avaliação mais implícita por parte do enfermeiro, médico e farmacêuticos, tendo em vista a experiência e conhecimento de cada um (ROQUE et al., 2012).

Para reforçar essa importância Bezerra et al., (2009) , enfoca a necessidade de divulgação de formulários e protocolos para as ocorrências de eventos adversos nos serviços hospitalares , porem mesmo com essa ferramenta acredita-se que o registro quando não escrito de maneira clara, irá representar dificuldade nas intervenções.

#### **5.4 Relevância da capacitação da Equipe**

O profissional de saúde deve ter o interesse de estar sempre se aperfeiçoando, procurando novas estratégias que possam garantir medidas de cuidado mais eficazes e resolutivas. Nesse contexto a enfermagem vem se destacando entre algumas categorias que busca continuamente assistir as necessidades da população aprimorando este cuidado através da valorização do saber técnico científico

A capacitação dos profissionais de saúde é um processo gradativo, pois é através da educação continuada da equipe, que será possível observar um crescimento no número de notificações, garantia da segurança do paciente, melhoria na assistência e conseqüentemente na qualidade no serviço de saúde (BEZERRA et al., 2009).

Além dessa capacitação é fundamental que a equipe multiprofissional forneça subsídios para efetivação dos cuidados, englobando o conhecimento científico e as discussões de casos clínicos com outros membros de saúde e possibilitando a redução de erros e aumentos de notificação (PARANAGUÁ, 2013).

Levantando a mesma linha de pensamento, Leitão et al., (2013), esclarecem que os profissionais de enfermagem ao desenvolver estratégias que incluam notificação de EAs, propiciam o envolvimento da equipe, principalmente quando estes eventos são relatados em reuniões formais com isso contribuirão de maneira ímpar na implementação de ações preventivas para a diminuição dessas ocorrências.

Para esses autores é necessário em primeiro lugar promover a sensibilização dos membros da equipe afim de se estimular a comunicação dos EAs no âmbito hospitalar, enfocando o desenvolvimento de capacitações e aperfeiçoamentos que busquem modificar a realidade encontrada ainda em nosso meio.

Um outro ponto importante que Duarte (2015) e Coli (2010), relatam é a necessidade de intervenção gerencial e a compreensão por parte da instituição de saúde, visto que muitas vezes os erros ocorrem, não pela incompetência ou descaso dos profissionais, mas pelas falhas do sistema que não proporciona meios adequados para que o trabalho possa ocorrer corretamente.

Santos (2002) afirma que a assistência de saúde qualificada centra-se em princípios norteadores que buscam essencialmente a participação integral de todos da organização dos serviços , que os participantes deste processo devem ser treinados e estimulados a adotar novas posturas visando continuamente a melhoria do seu trabalho.

Cuidar deve ser uma atividade reflexiva e contínua que demande estudos e pesquisas para que paradigmas sejam mudados e a realidade da saúde possa sofrer um impacto positivo e por que não dizer definitivo.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atualmente uma das estratégias mais trabalhadas pelos indivíduos responsáveis pela segurança do usuário dentro das instituições está focada, essencialmente na sensibilização dos profissionais em compreender a magnitude e as consequências advindas dos erros e riscos que estão expostos não só os pacientes, mas também os funcionários.

As dificuldades encontradas são muitas, sabe-se que para se alcançar mudança de realidade, é necessário mudar também os processos técnicos e assistenciais que muitas vezes encontram-se mal elaborados e mal sistematizados, levando a um maior risco de erros e eventos adversos durante a assistência.

Os sistemas podem eventualmente apresentar falhas, predispondo que seus colaboradores errem. Por isso, é necessário cotidianamente aprofundar esse conhecimento, buscando a compreensão dessa fragilidade institucional, revendo todos os processos e identificando as estratégias que podem minimizar essas falhas.

O enfermeiro desempenhará um papel de notoriedade ímpar nesse processo. Por isso deverá estar consciente que se trata de uma mudança lenta e que precisa ser executada em equipe, tendo em vista que qualquer mudança de uma metodologia de trabalho pode gerar conflito por parte daqueles profissionais acostumados a praticar enfermagem voltada à prática de procedimentos.

As notificações dos eventos ocorridos dentro das instituições será parte importante para o desenvolvimento de uma cultura de segurança, visando a partir desses dados buscar estratégias que promovam a mitigação dos erros observados.

É através desse registro que será possível identificar avanços na implantação dos protocolos de segurança, objetivando a sensibilização da equipe de enfermagem para a magnitude desse problema dentro das instituições de saúde.

Muitos obstáculos e desafios deverão ser superados como a inexistência de programas de educação permanente, uma maior interação entre os diversos profissionais existentes no serviço, um melhor redimensionamento dos recursos humanos, além de uma previsão e provisão de materiais e insumos essenciais para possibilitar a principal função desempenhada pelos profissionais de saúde que é cuidar, e cuidar da melhor maneira.

## REFERÊNCIAS

BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Critérios para Credenciamento de Instituições na Rede Sentinela**, 2011. Disponível em:

<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/535ef1804a743eecbcb1fc4600696f00/Crit%C3%A9rios+para+credenciamento+na+Rede+Sentinela+2011.pdf?MOD=AJPERES>.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária–** Brasília: Anvisa, 2014. Disponível em: [http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/0SEGURANCA\\_DO\\_PACIENTE/modulo6.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/0SEGURANCA_DO_PACIENTE/modulo6.pdf).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Documento de Referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente** / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília : Ministério da Saúde, 2014a. Disponível em : [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento\\_referencia\\_programa\\_nacional\\_seguranca.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf).

\_\_\_\_\_. Rede Sentinela **Ferramenta Permanente para Segurança do Paciente**, 2014b. Disponível em < <http://www.brasil.gov.br/saude/2013/10/rede-sentinela-sera-ferramenta-permanente-para-seguranca-do-paciente>>.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do Paciente e Qualidade em Serviço de Saúde. Investigação de Eventos Adversos em Serviços de Saúde**, 2013a. Disponível em <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro5-InvestigacaoEventos.pdf>.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática 1ª edição – 2013b. Disponível em: [http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia\\_Segura.pdf](http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia_Segura.pdf).

\_\_\_\_\_. Lei nº 9.610 de 19 de fevereiro de 1998. Altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9610.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9610.htm).

BELELA, ASC; PETERLINI, MAS; PEDREIRA, MLG. Revelação da ocorrência de erro de medicação em unidade de cuidados intensivos pediátricos. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo , v. 22, n. 3, set. 2010.

BEZERRA ALQ; CAMARGO e SILVA AEB; BRANQUINHO NCSS; PARANAGUÁ TTB. Análise de queixas técnicas e eventos adversos notificados em um hospital sentinela. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2009 out/dez; v.17, n.4,p.467. Disponível em: < <http://www.facenf.uerj.br/v17n4/v17n4a02.pdf>>.

BOTELHO, L. L. R.; CUNHA, C. C. A.; MACEDO, Marcelo. O Método da revisão Integrativa nos Estudos Organizacionais. **Revista Eletrônica Gestão e Sociedade**. v. 5, n.11, Belo Horizonte, MG, 2011.

BUB, M.B.C.; LISS, P.E. Metodologias do cuidado de enfermagem. In: KALINOWSKI, C.E. **PROENF**: Programas de Atualização em Enfermagem Saúde do Adulto. Ciclo 1. Módulo 2. Porto Alegre: Artmed, 2006.

CAPELLA, Dolors Montserrat; CHO, Malhi; LIMA, Rogério da Silva. Capítulo 1-A Segurança do Paciente e a Qualidade em Serviços de Saúde no Contexto da América Latina e Caribe in: BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde Assistência Segura: **Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática** 1ª edição – 2013. Disponível em: [http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia\\_Segura.pdf](http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia_Segura.pdf).

CAPES. Plataforma Sucupira. Disponível em: <https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/lancamento/sobre.jsf>. Acesso em 14 de março de 2016.

CAPUCHO, Helaine Carneiro; ARNAS, Emilly Rasquini; CASSIANI, Silvia Helena De Bortoli. Segurança do paciente: comparação entre notificações voluntárias manuscritas e informatizadas sobre incidentes em saúde. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 34, n. 1, mar. 2013. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-)

CAPUCHO, Helaine Carneiro; BRANQUINHO, Suzana; REIS, Lílian Vannucci in **Cartilha de Gerenciamento de Riscos e Segurança do Paciente**, 2010. Disponível em :<http://www.sbrafh.org.br/site/public/temp/510f0a460507f.pdf>. acessos em 11 abr.2015.

COLI, Rita de Cássia Pires; ANJOS, Marcio Fabri dos; PEREIRA, Luciane Lucio. Postura dos enfermeiros de uma unidade de terapia intensiva frente ao erro: uma abordagem à luz dos referenciais bioéticos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 3, p. 324-330, June 2010.

DUARTE, S. da C.M.; STIPP, M.A.C.; SILVA, M.M.da; OLIVEIRA, F.T.de. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**v.68, n.1. jan-fev, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n1/0034-7167-reben-68-01-0144.pdf>.

FRANÇOLIN,L et al. A Qualidade dos Registros de Enfermagem em Prontuários de Pacientes Hospitalizados. **Rev.enferm.UERJ**; Rio de Janeiro,v.20,n.1,p.79-83,Jan-Mar.2012.Disponivel em :< <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuertj/article/view/3981>>.

KOCHE, J.C. **Fundamentos de metodologia científica**: teoria da ciência e iniciação à pesquisa. 34 e. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

LAURENT, M.C.R.; DIAS, V.L.M.. A sistematização da assistência de enfermagem em pediatria. In: KALINOWSKI, C.E. **PROENF**: Programas de Atualização em Enfermagem Saúde da Criança e do Adolescente. Ciclo 1. módulo 1. Porto Alegre: Artmed, 2006.

LIMA, S. B. S. de et al. Acreditação Hospitalar: a gestão da qualidade na assistência de enfermagem. **Rev Paraninfo Digital**, 2009; 6. Disponível em: <<http://www.index-f.com/para/n6/p004.php>>.

LIMA, Paula Ferraz de et al . Queixas técnicas e eventos adversos a medicamentos notificados em um hospital sentinela do interior de São Paulo, 2009-2010. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília v. 22, n. 4, dez. 2013 . Disponível em <[http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742013000400014&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000400014&lng=pt&nrm=iso)>.

LEITÃO, Ilse Maria Tigre de Arruda ; OLIVEIRA, Roberta Meneses ; LEITE, Sarah de Sá ; SOBRAL, Marina Castro ; FIGUEIREDO, Sarah Vieira ; CADETE, Mariana Correia. Análise da comunicação de eventos adversos na perspectiva de enfermeiros assistenciais. **Rev Rene**, v. 14, n. 6, p. 1073-83, 2013. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324029419003>> .

MARINHO, Monique Mendes. **Cuidado de Enfermagem e a Cultura de Segurança do Paciente** [dissertação]: **um Estudo Avaliativo em Unidades de Internação Cirúrgica** / Monique Mendes Marinho; orientadora, Vera Radünz. - Florianópolis, SC, 2012. 135 p. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/99347/305538.pdf?sequence=1>.

MENDES, K. D. S; SILVEIRA, R. C. C. P; GALVÃO, C. M. **Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem**. v. 17, n. 4, Florianópolis, 2008.

MENDES, Walter et al . Adaptação dos instrumentos de avaliação de eventos adversos para uso em hospitais brasileiros. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 11, n. 1, p. 55-66, Mar. 2008 . Available from <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2008000100005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2008000100005&lng=en&nrm=iso)>.

NORDENFELT, L. **Conversando sobre saúde: um diálogo filosófico**. Florianópolis: Bernúncia, 2000.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G.; HALL, A.M.; STOCKERT, P.A. **Fundamentos de Enfermagem**. ed 8 ,Rio de Janeiro: Mosby, 2013.

PAVAO, Ana Luiza Braz et al . Estudo de incidência de eventos adversos hospitalares, Rio de Janeiro, Brasil: avaliação da qualidade do prontuário do paciente. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 14, n. 4, p. 651-661, Dec. 2011 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2011000400012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2011000400012&lng=en&nrm=iso)>.

PARANAGUA, Thatianny Tanferri de Brito et al . Prevalência de incidentes sem dano e eventos adversos em uma clínica cirúrgica. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 26, n. 3, p. 256-262, 2013 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002013000300009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000300009&lng=en&nrm=iso)>.

RIBEIRO, M.R. Incidência e fatores de risco de reações adversas a medicamentos em pacientes hospitalizados em clínicas de especialidades do Hospital das Clínicas da FMUSP. **Faculdade de Medicina da USP**. Dissertação de Mestrado. São Paulo: 2015.

ROQUE, Keroulay Estebanez; MELO, Enirtes Caetano Prates. Avaliação dos eventos adversos a medicamentos no contexto hospitalar. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 121-127, Mar. 2012. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452012000100016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000100016&lng=en&nrm=iso)>.

ROZENFELD, Suely; GIORDANI, Fabiola; COELHO, Sonia. Eventos adversos a medicamentos em hospital terciário: estudo piloto com rastreadores. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1102-1111, Dec. 2013. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102013000601102&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000601102&lng=en&nrm=iso)>.

SÁ, A.C.; FUGITA, R.M.I. A criatividade como Instrumento Básico em Enfermagem. In: CIANCIARULLO, T.I. (org.). **Instrumentos Básicos para o cuidar**: um desafio para a qualidade de assistência. São Paulo: Atheneu, 2005.

SANTOS, S.R. **Administração aplicada a enfermagem**. 2 ed. João Pessoa: Idéia, 2002.

SILVA, Lolita Dopino; Carvalho, Máglory Fraga. Revisão Integrativa da Produção Científica de Enfermeiros Acerca de Erros com Medicamentos. **Rev. Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro, v.20, n.4, p.522, out/dez de 2012. Disponível em: <http://www.epublicacoes.uerj.br/ojs/index.php/enfermagemuerj/article/view/5670>.

SOCZEK D., ALENCASTRO, M.. Pesquisa acadêmica em instituições de ensino superior particulares: desafios e perspectivas. **Revista Intersaberes**, v.7, n.13, p. 46 – 66, jan. – jun. 2012.

TEIXEIRA, Thalyta Cardoso Alux; CASSIANI, Silvia Helena De Bortoli. Análise de causa raiz: avaliação de erros de medicação em um hospital universitário. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 139-146, Mar. 2010. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342010000100020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000100020&lng=en&nrm=iso)>.

TRAVASSOS, Cláudia; CALDAS, Bárbara. Capítulo 2- A Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente: Histórico e Conceitos in BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde Assistência Segura: **Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática** 1ª edição – 2013. Disponível em: [http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia\\_Segura.pdf](http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia_Segura.pdf).



## APÊNDICE

### APÊNDICE A – Roteiro Estruturado de Coleta de Dados

<b>ROTEIRO ESTRUTURADO DE COLETA DE DADOS</b>			
<b>Nome do(s) Autor (s):</b>			
<b>Código do Artigo:</b>			
<b>Periódico Indexado:</b>			
		<b>Ano do Estudo:</b>	
<b>Objetivos do Estudo:</b>			
<b>Principais Resultados do Estudo:</b>			
<b>Principais Considerações:</b>			