

Assistência de enfermagem e o enfoque da segurança do paciente no cenário brasileiro

Nursing care and the focus on patient safety in the Brazilian scenario

Aline Teixeira Silva¹, Mateus Goulart Alves², Roberta Seron Sanches³, Fábio de Souza Terra⁴, Zélia Marilda Rodrigues Resck⁵

RESUMO O objetivo deste estudo foi o de analisar a contribuição da enfermagem para a segurança do paciente no Brasil. O método de pesquisa eleito foi o da revisão integrativa da literatura. Pesquisaram-se as bases de dados Lilacs, Medline, BDENF, SciELO e PubMed por meio dos descritores ‘segurança do paciente’, ‘cuidados de enfermagem’ e ‘Brasil’. Os artigos avaliados referem-se ao período 2009-2014, disponíveis em português, inglês e espanhol. Por fim, selecionaram-se 15 artigos. As publicações evidenciam a existência de ações positivas da enfermagem na segurança do paciente. Concluindo, a pesquisa reflete sobre a importância da identificação do erro e da utilização de ferramentas para melhoria da cultura de segurança nas instituições brasileiras.

PALAVRAS-CHAVE Segurança do paciente. Cuidados de enfermagem. Brasil.

ABSTRACT *The objective of this study was to analyze the contribution of nursing to patient safety in Brazil. The research method applied the integrative literature review. Databases searched were BDENF, Lilacs, Medline, SciELO and PubMed, by means of the descriptors ‘patient safety’, ‘nursing care’ and ‘Brazil’. Articles assessed refer to the period 2009-2014, available in Portuguese, English and Spanish. At the end, fifteen articles were selected. The publications evince the existence of nursing positive actions on patient safety. Concluding, the research reflects on the importance of error identification and use of tools to improve the safety culture in Brazilian institutions.*

KEYWORDS *Patient safety. Nursing care. Brazil.*

¹Universidade Federal de Alfenas (Unifal), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Alfenas (MG), Brasil.
alinetsilva@yahoo.com.br

²Universidade Estadual de Minas Gerais (Uemg) - Passos (MG), Brasil.
mateus.alves@uemg.br

³Universidade Federal de Alfenas (Unifal), Departamento de Enfermagem - Alfenas (MG), Brasil.
roberta.sanches@unifal-mg.edu.br

⁴Universidade Federal de Alfenas (Unifal), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Departamento de Enfermagem - Alfenas (MG), Brasil.
fabio.terra@unifal-mg.edu.br

⁵Universidade Federal de Alfenas (Unifal), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Departamento de Enfermagem - Alfenas (MG), Brasil.
zeliar@unifal-mg.edu.br

Introdução

Preocupações relacionadas à segurança do paciente surgiram na década de 1990 com a importante publicação americana 'To err is human: building a safer health system', do Instituto de Medicina (IOM), em que os autores relataram a morte de 44.000 a 98.000 americanos resultantes de incidentes que eram, em grande parte, evitáveis (TOFFOLETTO; RUIZ, 2013).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define segurança do paciente como a redução do risco de danos desnecessários a um mínimo aceitável, considerado componente constante e intimamente relacionado com o atendimento ao paciente (WHO, 2009A).

A segurança do paciente é influenciada, apesar dos avanços na área de saúde, pelas iatrogenias cometidas pelos profissionais, as quais refletem diretamente na qualidade de vida dos clientes, provocando consequências desagradáveis tanto para os pacientes como para os profissionais e para a organização hospitalar (MIASSO ET AL., 2006).

Os profissionais de enfermagem são responsáveis por grande parte das ações assistenciais e, portanto, encontram-se em posição privilegiada para reduzir a possibilidade de incidentes que atingem o paciente, além de detectar as complicações precocemente e realizar as condutas necessárias para minimizar os danos (PEDREIRA, 2009).

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) instituiu, em 2013, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) com o objetivo de implementar medidas assistenciais, educativas e programáticas e 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 (BRASIL, 2014).

Uma vez que os profissionais são os responsáveis pelo planejamento e intervenção apropriada com a finalidade de manter o

ambiente seguro, é vital o desenvolvimento de pesquisa em enfermagem sobre segurança do paciente (RADUENZ ET AL., 2010). Portanto, esta pesquisa teve como objetivo analisar a contribuição da enfermagem para a segurança do paciente no Brasil.

Métodos

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura que inclui a análise de pesquisas relevantes voltadas ao suporte à tomada de decisão e à melhoria da prática clínica, possibilitando a síntese do estado do conhecimento de um determinado assunto, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Esse tipo de revisão contém seis etapas: elaboração da pergunta norteadora; busca ou amostragem na literatura; coleta de dados; análise crítica dos estudos incluídos; discussão dos resultados; e apresentação da revisão integrativa (GANONG, 1987; SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Para guiar este estudo, elaborou-se a seguinte questão: o que as publicações científicas têm evidenciado sobre a assistência de enfermagem na segurança do paciente nas instituições de saúde brasileiras.

A busca de literatura foi realizada nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e Scientific Electronic Library Online (SciELO). As bases foram acessadas por meio da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e da Biblioteca Virtual Public/Publisher Medline (PubMed) a partir dos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) e Medical Subject Headings (MeSH): segurança do paciente/*patient safety*, cuidados de enfermagem/*nursing care* e Brasil/*Brazil*.

Utilizaram-se como critérios de inclusão os artigos originais realizados no Brasil, indexados nas bases de dados mencionadas,

publicados na íntegra em periódicos nacionais e internacionais entre 2009 e 2014 e disponíveis nos idiomas português, inglês e espanhol. A coleta de dados ocorreu no primeiro semestre de 2015. Após leitura do material, os dados foram agrupados em categorias.

Resultados e discussão

Encontraram-se 46 artigos. Destes, doze (26%) se repetiam nas bases de dados e 19 (41%) não correspondiam à temática. Sobraram 15 artigos para a análise, sendo quatro artigos (27%) da base de dados da Lilacs, um (7%) da Medline, três (20%) da BDENF, dois (13%) da SciELO e cinco artigos (33%) da PubMed.

Dos 15 artigos, seis foram publicados em 2013; três, em 2014 e em 2011; e um em 2009, 2010 e em 2012. A maioria das publicações foi retirada da 'Revista da Escola de Enfermagem da USP' e da 'Revista Brasileira de Enfermagem'.

Verificou-se que seis artigos (40%) são recortes de dissertação e teses de enfermagem; quatro (27%) advieram de programas de pós-graduação; três (20%) foram desenvolvidos por grupos de pesquisa; e dois (13%), por acadêmicos de enfermagem.

Em relação às forças de evidência, conforme escala desenvolvida por Stetler (1998), observou-se que treze artigos (86%) possuem nível de evidência IV; um artigo (7%), nível de evidência V; e outro (7%), nível de evidência VI.

Constatou-se que sete artigos (47%) trouxeram como proposta a identificação e a notificação de eventos adversos e incidentes; três artigos (20%) apresentaram a elaboração e a implantação de *checklists* e protocolos de atendimento; dois artigos (13%) retrataram a higienização das mãos como medida de segurança; dois (13%) trabalharam os cuidados de enfermagem com foco na dispensação e condicionamento de

medicamentos e risco de queda dos pacientes; e um artigo (7%) abordou a importância da implantação do Programa Nacional de Segurança do Paciente no Brasil.

A partir da análise dos dados, identificaram-se três categorias: a assistência de enfermagem nas instituições de saúde brasileiras, os protocolos e a assistência de enfermagem na segurança paciente e a segurança do paciente e os eventos adversos e incidentes.

A assistência de enfermagem nas instituições de saúde brasileiras

Desde 1988, o Brasil tem implementado um sistema de saúde dinâmico e complexo – o Sistema Único de Saúde (SUS) –, baseado no princípio da saúde como direito do cidadão e dever do Estado. O sistema de saúde no Brasil deve assegurar a continuidade de cuidados à população no nível primário por meio da atenção básica à saúde; no nível secundário, via ambulatório; e, no nível terciário, por meio do hospital (PAIM ET AL., 2011).

O nível de desenvolvimento de uma organização de saúde pode afetar diretamente a assistência aos pacientes (PEDREIRA, 2009). Acrescenta-se que o avanço nas pesquisas de cuidado à saúde tem contribuído para a melhoria da assistência prestada. No entanto, mesmo com os avanços nos serviços de saúde, as pessoas ainda estão expostas a diversos riscos quando submetidas a cuidados, particularmente em ambientes hospitalares (RADUENZ ET AL., 2010).

Gerenciamento e gestão do serviço, déficit de pessoal, sobrecarga de trabalho, relacionamento entre as equipes, falha da comunicação e baixa continuidade da atenção prestada aos pacientes têm prejudicado a assistência nas instituições de saúde brasileiras (CAPUCHO; CASSIANI, 2013).

Problemas relacionados às falhas na estrutura física predial e à falta ou quantidade insuficiente de equipamentos e materiais para atender às necessidades também aparecem como adversidade no ambiente de

trabalho das instituições de saúde (PAIVA; PAIVA; BERTI, 2010).

O ambiente e o sistema de atendimento afetam as práticas de enfermagem. Em decorrência disso, alguns hospitais começaram a transformar sua filosofia e infraestrutura a fim de oferecer melhores condições de trabalho e favorecer o desempenho profissional (PEDREIRA, 2009).

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COFEN, 2015) assegura que é responsabilidade e dever do enfermeiro prestar assistência à pessoa, família e coletividade livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência e que a enfermagem deve garantir assistência com segurança e prestar informações adequadas à pessoa e à família sobre os direitos, riscos, intercorrências e benefícios acerca da assistência de enfermagem.

A enfermagem tem participação fundamental nos processos que visam a garantir e melhorar a qualidade da assistência prestada nas unidades de saúde. No entanto, medidas isoladas de treinamento e capacitação dos profissionais de enfermagem não são suficientes para garantir a ausência de riscos (GONÇALVES ET AL., 2012).

Nesse contexto, a enfermagem tem implementado subsídios e estratégias, como a utilização de protocolos e *checklists*, para realizar intervenções que possibilitem a assistência livre de danos aos pacientes, mais segura e com qualidade (LUZIA; ALMEIDA; LUCENA, 2014).

Os protocolos e a assistência de enfermagem na segurança do paciente

Para a consolidação da assistência segura com qualidade, em 2013 o MS instituiu portarias (BRASIL 2013A; BRASIL 2013B) com protocolos que estabelecem ações de segurança ao paciente em serviços de saúde. Dentre eles, têm-se os protocolos de prevenção de quedas; de identificação do paciente; de segurança na prescrição e de uso e administração de

medicamentos; de cirurgia segura, prática de higiene das mãos e úlcera por pressão.

Com a criação de protocolos de assistência, a enfermagem tem direcionado o trabalho e registrado os cuidados executados na resolução ou prevenção de um problema (HONÓRIO; CAETANO, 2009; SOUSA ET AL., 2013).

O estudo realizado por Schweitzer *et al.* (2011) propôs que os enfermeiros repensassem o cuidado prestado. Neste estudo, apresentou-se o protocolo de assistência ao paciente traumatizado no ambiente aeroespacial como estratégia de melhoria da segurança e da assistência de enfermagem no atendimento pré-hospitalar.

A pesquisa de Honório e Caetano (2009) comprova que a utilização de protocolos proporciona prática mais qualificada e assistência mais eficaz e humanizada ao paciente.

Embasada nos protocolos do Programa Nacional de Segurança do Paciente, a pesquisa de Luzia, Almeida e Lucena (2014) permitiu a avaliação dos pacientes e a identificação de fatores de risco à queda. Assim, o enfermeiro pôde estabelecer o diagnóstico de enfermagem embasado na Nanda Internacional (2013) e identificar e prevenir o evento queda por meio das intervenções propostas pela Nursing Interventions Classifications (NIC) (BULECHEK ET AL., 2013)

Verificou-se pela pesquisa de Raduenz *et al.* (2010), realizada no Sul do Brasil, que a participação dos profissionais de saúde na identificação de riscos relacionados à medicação permitiu que tais profissionais enxergassem seu ambiente de trabalho com outros olhos, ajudando-os a repensar sua prática em relação à medicação.

Já em outro estudo, verificou-se a importância da utilização de *checklists* pela equipe nas salas cirúrgicas de um hospital de ensino (PANCIERI ET AL., 2013). A cirurgia segura é um dos 'Desafios Mundiais para a Segurança do Paciente' e propõe cuidados simples, tais como a confirmação dos dados do paciente, informações clínicas da pessoa e do órgão, disponibilidade e bom funcionamento

de todos os materiais e equipamentos que podem fazer a diferença entre sucesso e fracasso de um procedimento. Essas simples conferências podem impedir o início de uma série de complicações para o paciente. Ao mesmo tempo, esse desafio e protocolo do MS são capazes de prevenir infecções de sítio cirúrgico, assegurar anestesia segura, equipes cirúrgicas seguras e indicadores de assistência cirúrgica (WHO, 2015; FERRAZ, 2009).

O enfermeiro, como líder de unidades de internação, é responsável por encorajar a participação de todos na adoção de *checklist* com o intuito de beneficiar profissionais e pacientes do centro cirúrgico (PANCIERI ET AL., 2013).

Outra preocupação é a prática de higienização das mãos. Apesar das pesquisas demonstrarem que as mãos exercem considerável relação com a transmissão de microrganismos infecciosos e que os procedimentos de higienização das mãos implicam a redução das taxas de infecção, muitos profissionais ainda não realizam a técnica corretamente (CRUZ ET AL., 2009).

Outra pesquisa, realizada em um hospital universitário do sul do Brasil, comprovou que 87,89% das higienizações das mãos não foram realizadas conforme a técnica preconizada e, quando sim, a maioria das higienizações ocorreu antes do preparo da medicação (SILVA ET AL., 2013). Já em outro estudo, a maior adesão à prática (44,52%) se deu depois do contato com o paciente (BATHKE ET AL., 2013).

Os profissionais relatam que diversos fatores afetam negativamente a adesão à higienização das mãos, como prejuízos à pele, falta de insumos, esquecimento e desconhecimento da técnica, ceticismo e falta de exemplo de colegas e líderes, dentre outros (CRUZ ET AL., 2009).

Mediante as dificuldades e impossibilidades encontradas, buscam-se estratégias para transformar essa realidade e elevar os índices de segurança do paciente, como fornecer condições adequadas aos funcionários que prestam o cuidado diário aos pacientes;

fomentar um maior uso do álcool-gel pelos funcionários como forma eficaz de higienizar as mãos e promover capacitações e qualificações aos profissionais para que possam realizar a técnica de higienização das mãos de maneira correta (SILVA ET AL., 2013).

A prática de medidas relacionadas à segurança do paciente no cuidado à saúde reduz as doenças e danos aos pacientes, diminui o tratamento ou o tempo de hospitalização, melhora ou mantém o status funcional do paciente e aumenta sua sensação de bem-estar. Mesmo dentro de recursos limitados, enfermeiros, administradores e outros profissionais da saúde podem usar pesquisas para explorar as melhorias potenciais em seu ambiente de trabalho, diminuindo a pressão pela utilização de práticas diárias ineficientes na solução de problemas (OMS, 2002; RADUENZ ET AL., 2010).

A segurança do paciente e os eventos adversos e incidentes

Vários estudos contemplaram os eventos adversos e incidentes (EA/I) que ocorrem na assistência de enfermagem. Os EAs são incidentes que ocorrem durante a prestação do cuidado à saúde e que resultam em dano ao paciente, que tanto pode ser físico como social ou psicológico, o que inclui doença, lesão, sofrimento, incapacidade ou morte (WHO, 2009B).

As condições clínicas do paciente influem diretamente na ocorrência de EA, principalmente em pacientes em estado grave, dada sua instabilidade e necessidade de intervenções (SOUSA ET AL., 2013). Os pacientes em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) são particularmente os mais vulneráveis a essas complicações.

Estudos realizados por Novaretti *et al.* (2014) e Gonçalves *et al.* (2012) corroboram tal informação. O primeiro identificou que 98,75% dos pacientes internados em UTIs de um Hospital das Clínicas sofreram um EA/I sem lesão. Já o outro, apresentou que a

média de ocorrência de EA/I em UTIs foi de 1,3 a 2,2 por paciente-dia.

Pesquisa realizada por Paiva, Paiva e Berti (2010) revelou que a maioria dos EAs ocorre na Clínica Médica-Cirúrgica e não em UTIs. Os EA/I eleitos nesses setores foram a falha no seguimento da rotina (12,8%); EA/I relacionados à medicação (11,3%); quedas (10,7%); EA/I relacionados a cateteres (9,7%) e à integridade da pele (8,7%). Observou-se, também, que o maior número de eventos adversos e incidentes acontece no período diurno, coincidente com o momento em que são executadas várias ações, como consultas, procedimentos, cuidados, exames e visitas médicas e de enfermagem.

Aproximadamente 70% dos EAs não têm consequências importantes para o paciente, resultando apenas em gastos relacionados a tempo e recursos. Porém, outros EA/I podem gerar importantes consequências tanto no que se refere ao sofrimento desnecessário como no aumento da dor ou incapacidade e prolongamento do tempo de internação. Essas consequências podem levar os pacientes a considerar as falhas no tratamento como uma traição à confiança depositada na equipe e na instituição (VINCENT, 2009).

A ocorrência de erros deve ser interpretada como falhas ou não conformidades decorrentes de colapsos dos complexos sistemas técnicos e organizacionais relacionados à atenção em saúde e não como resultados isolados de ações profissionais (NOVARETTI ET AL., 2014). As organizações devem estruturar o sistema de forma segura, ajudando os profissionais a não errar. Todas as causas devem ser analisadas pelo serviço de gerenciamento de risco para o desenvolvimento de ações corretivas, visando à prevenção e à redução de eventos adversos (SILVA, 2010).

Com essa preocupação, o MS lançou, em 2001, por meio da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, o Projeto Hospitais Sentinela, cujo objetivo é a construção de uma Rede de Notificações da Vigilância Sanitária (Notivisa), sistema informatizado

na plataforma web para receber as notificações de eventos adversos e queixas técnicas relacionados aos produtos sob vigilância sanitária, como: medicamentos, vacinas e imunoglobulinas; pesquisas clínicas; artigos médico-hospitalares; uso de sangue ou componentes, e, assim, garantir melhores produtos no mercado e mais segurança e qualidade para pacientes e profissionais de saúde (BRASIL, 2001).

A utilização de boletins de notificação de EA visa a promover a identificação de eventos adversos e incidentes; proporcionar à enfermagem um meio de comunicação prático a respeito de fatos inesperados e indesejados; possibilitar a exploração das situações e a construção de um banco de dados sobre riscos e situações-problema; e permitir a execução das modificações necessárias ou oportunas no processo da assistência. Contribui, ainda, com a gerência para o planejamento de processos de trabalho mais seguros, permitindo a prevenção de futuros eventos adversos (PAIVA; PAIVA; BERTI, 2010).

Em sua pesquisa, Ferreira *et al.* (2014), demonstraram a dificuldade dos profissionais de saúde na identificação ou definição de EA/I. Observaram que 17,24% dos entrevistados entendem que evento adverso e erro de medicação são equivalentes e 82,76% acreditam que há diferenças entre erro de medicação e evento adverso. No entanto, 31% não conseguem distinguir um do outro.

Ficou evidenciado que muitas das razões que levam o profissional a não relatar os incidentes são consequência de sentimentos como vergonha, autopunição, medo da crítica de outras pessoas e do litígio (VICENTI, 2009). No entanto, para que o relato de incidentes seja realmente eficaz em uma instituição, é necessário um grande esforço para assegurar aos profissionais que o objetivo é melhorar a segurança, não o de acusar ou punir. É necessário trocar a cultura punitiva por uma cultura de monitorização contínua dos riscos reais e potenciais (LIMA; LEVENTHAL; FERNANDES, 2008).

Várias pesquisas contemplaram a notificação de eventos adversos, sendo que em uma delas, realizada no setor de hemodiálise, no período de 2005 a 2010, os profissionais fizeram 517 relatos de eventos adversos que presenciaram ou tiveram conhecimento (SOUSA ET AL., 2013). Já em um hospital sentinela, durante os anos de 2006 a 2008, foram realizadas 100 notificações de eventos adversos (BEZERRA ET AL., 2009). Em outro estudo, 42 EAs (1,67%) foram notificados entre os anos de 2005 a 2009, evidenciando a baixa prevalência de notificações (SOUZA ET AL., 2011). Ou seja, ainda se observa que o índice de notificação é baixo, o que faz pensar em subnotificação.

Face à omissão de erros e a consequente subnotificação dos eventos adversos, os gestores dos serviços de saúde têm encontrado dificuldades em ampliar o conhecimento a respeito da segurança do paciente, tornando difícil a implementação de melhorias e a prevenção de incidentes (BEZERRA ET AL., 2009).

Os registros de enfermagem, nesse contexto, são considerados essenciais ao processo de assistência à saúde, pois garantem a comunicação efetiva entre a equipe de saúde, fornecem respaldo legal e, conseqüentemente, segurança, trazendo informações que poderão conduzir mudanças na estrutura, nos processos e nos resultados da assistência (COREN-SP, 2009; MATSUDA ET AL., 2006).

Até o momento, mesmo diante dos esforços nacionais e internacionais, a maioria das pesquisas corresponde a estudos retrospectivos, baseados em revisões de prontuários ou a partir da recuperação de dados de registros eletrônicos. Os resultados encontrados subestimam a real ocorrência de EAs ou de incidentes sem lesão, pois nem todas as complicações sofridas pelos pacientes são registradas nos prontuários (NOVARETTI ET AL., 2014).

Em relação às condutas adotadas para prevenção de EAs, ressalta-se que a maioria foi direcionada ao serviço, o que demonstra preocupação em melhorar as condições de trabalho e promover ambientes mais seguros (SOUSA ET AL., 2013).

Considerações finais

Verificou-se, por meio da revisão bibliográfica, que a assistência de enfermagem é fundamental para melhoria da segurança do paciente nas instituições brasileiras.

Identificou-se a existência de baixo conhecimento dos profissionais de saúde sobre eventos adversos e como notificá-los, medo dos profissionais de saúde em expor os erros devido à política de punição das instituições e baixa adesão da técnica de higienização das mãos.

Em contrapartida, ações positivas da assistência de enfermagem na segurança do paciente foram evidenciadas nas publicações, como implantação de protocolos de assistência; boletim de notificação de eventos adversos; uso do checklist da cirurgia segura; e utilização dos diagnósticos de enfermagem na redução de riscos.

As instituições de saúde brasileiras vêm enfrentando falta de planejamento em saúde; processos de trabalhos hierarquizados e punitivos; alta rotatividade de profissionais e baixa qualidade de recursos humanos; problemas com equipamentos e falhas da estrutura física. Em contraponto, o MS, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária e outros órgãos ministeriais têm implementado políticas para melhoria da assistência, com conseqüente aumento da segurança do paciente nas instituições.

A investigação sobre a segurança do paciente no Brasil está em ascensão. Este estudo evidenciou que a maioria das pesquisas se relaciona aos eventos adversos nas unidades de internação hospitalar, sendo restritas na atenção básica e setores ambulatoriais. Propõe uma reflexão para a equipe de saúde sobre a importância da identificação do erro e da utilização de ferramentas para melhoria da segurança do paciente e sugere que novos estudos atinjam todos os níveis de atenção na saúde no Brasil. ■

Referências

- BATHKE, J. *et al.* Infraestrutura e adesão à higienização das mãos: desafios à segurança do paciente. *Rev. Gaúcha de Enferm.*, Porto Alegre, v. 34, n. 2, p. 78-85, 2013.
- BEZERRA, A. L. Q. *et al.* Análise de queixas técnicas e eventos adversos em um hospital sentinela. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 467-472, out./dez. 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente*. Brasília DF: Ministério da Saúde, 2014.
- _____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Anvisa cria hospitais sentinela para aprimorar vigilância sanitária*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.377, de 09 de julho de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 2013a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1377_09_07_2013.html>. Acesso em: 21 out. 2016.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 2013b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095_24_09_2013.html>. Acesso em: 21 out. 2016.
- BULECHEK, G. M. *et al.* *Nursing Interventions Classification (NIC)*. 6. ed. Missouri: Elsevier, 2013.
- CAPUCHO, H. C.; CASSIANI, S. H. B. Necessidade de implantar Programa de segurança do paciente no Brasil. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 791-798, 2013.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução nº 311/07. Aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. In: CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS (COREN-MG). *Legislação e normas*. Belo Horizonte, v. 14, n. 1, p. 37-54, 2015.
- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO (COREN-SP). *Anotações de enfermagem*, 2009. Disponível em: <<http://www.portaldafenfermagem.com.br/downloads/manual-anotacoes-de-enfermagem-coren-sp.pdf>>. Acesso em: 3 ago. 2015.
- CRUZ, E. D. A. *et al.* Higienização de mãos: 20 anos de divergências entre a prática e o idealizado. *Ciencia y Enfermeria XV*, Conceição, n. 1, p. 33-38, 2009.
- FERRAZ, E. M. A. Cirurgia segura: uma exigência do século XXI. *Rev. Col. Bras. Cir.*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, p. 281-282, 2009.
- FERREIRA, P. C. *et al.* Adverse event versus medication error: perceptions of nursing staff acting in intensive care. *J. res.: fundam. care. online.*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 725-734, abr./jun. 2014.
- GANONG, L. H. Integrative reviews of nursing research. *Res. Nurs. Health.*, New York, v. 10, n. 1, p. 1-11, fev. 1987.
- GONÇALVES, L. A. *et al.* Alocação da equipe de enfermagem e ocorrência de eventos adversos/incidentes em unidade de terapia intensiva. *Rev. Esc. Enferm. USP.*, São Paulo, v. 46, n. esp., p. 71-77, 2012.
- HONÓRIO, R. P. P.; CAETANO, J. A. Elaboração de um protocolo de assistência de enfermagem ao paciente hematológico: relato de experiência. *Rev. Eletr. Enf.*, Goiânia, v. 11, n. 1, p. 188-193, 2009.
- LIMA, L. F.; LEVENTHAL, L. C.; FERNANDES, M. P. P. Identificando os riscos do paciente hospitalizado. *Einstein.*, São Paulo, v. 6, n. 4, p. 434-438, 2008.
- LUZIA, M. F.; ALMEIDA, M. A.; LUCENA, A. F. Mapeamento de cuidados de enfermagem para pacientes com risco de quedas na Nursing Interventions Classification. *Rev. Esc. Enferm. USP.*, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 632-639, 2014.

- MATSUDA, L. M. *et al.* Anotações/registros de enfermagem: instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado? *Rev. Eletr. Enf.*, Goiânia, v. 8, n. 3, p. 415-421, 2006.
- MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método da pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 17, n. 4, out./dez. 2008.
- MIASSO, A. I. *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*, Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, maio/jun. 2006.
- NANDA INTERNACIONAL. *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014*. Porto Alegre: Art-med, 2013.
- NOVARETTI, M. C. Z. *et al.* Sobrecarga de trabalho da enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, DF, v. 67, n. 5, p. 692-699, set./out. 2014.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Conferência Sanitária Pan-Americana, 26. Sessão do Comitê Regional, 54. *Qualidade da assistência: segurança do paciente*. Organização Pan-Americana da Saúde: Washington, DC, p. 11-12, 23-27, set. 2002. Disponível em: <<http://www.ops-oms.org/portuguese/gov/csp/csp26-26-p.pdf>>. Acesso em: 3 jun. 2015.
- PAIM, J. *et al.* O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet*, Londres, v. 1, n. 1, p. 11-31, 2011. Disponível em: <http://actbr.org.br/uploads/conteudo/925_brazil1.pdf>. Acesso em: 1 ago. 2015.
- PAIVA, M. C. M. S.; PAIVA, S. A. R.; BERTI, H. W. Eventos adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 287-294, 2010.
- PANCIERI, A. P. *et al.* Checklist de cirurgia segura: análise da segurança e comunicação das equipes de um hospital escola. *Rev. Gaúcha de Enferm.*, Porto Alegre, v. 34, n. 1, p. 71-78, 2013.
- PEDREIRA, M. L. G. Enfermagem para segurança do paciente. In: PEDREIRA, M. L. G.; HARADA, M. J. C. S. *Enfermagem dia a dia: segurança do paciente*. São Caetano do Sul: Yendis, 2009. p. 23-31.
- RADUENZ, A. C. *et al.* Cuidados de enfermagem e segurança do paciente: visualizando a organização, acondicionamento e distribuição de medicamentos com método de pesquisa fotográfica. *Rev. Latino-Am. Enferm.*, Ribeirão Preto, v. 18, n. 6, p. 1045-1054, nov./dez. 2010.
- SCHWEITZER, G. *et al.* Protocolo de cuidados de enfermagem no ambiente aeroespacial a pacientes traumatizados: cuidados antes do voo. *Rev. Bras. Enferm*, Brasília, DF, v. 64, n. 6, p. 1056-1066, nov./dez. 2011.
- SILVA, A. E. B. C. Segurança do paciente: desafios para a prática e a investigação em enfermagem. *Rev. Eletr. Enf.*, Goiânia, v. 12, n. 3, p. 422, 2010.
- SILVA, F. M. *et al.* Higienização das mãos e a segurança do paciente pediátrico. *Ciencia y Enfermeria XIX*, Conceição, n. 2, p. 99-109, 2013.
- SOUSA, M. R. G. *et al.* Eventos adversos em hemodiálise: relatos de profissionais de enfermagem. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 76-78, 2013.
- SOUZA, L. P. *et al.* Eventos adversos: instrumento de avaliação do desempenho em centro cirúrgico de um hospital universitário. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 127-133, jan./mar. 2011.
- SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein.*, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.
- STETTLER, C. B. *et al.* Utilization-focused integrative reviews in a nursing service. *Appl. Nurs. Res.*, New York, v. 11, n. 4, p. 195-206, 1998.

TOFFOLETTO, M. C.; RUIZ, X. R. Improving patient safety: how and why incidences occur in nursing care. *Rev. Esc. Enferm. da USP.*, São Paulo, v. 47, n. 5, p. 1098-1105, 2013.

VINCENT, C. *Segurança do paciente: orientações para evitar eventos adversos*. São Caetano do Sul: Yendis, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Clean Care is Safer Care* [Online], 2015. Disponível em: <<http://www.who.int/gpsc/5may/en/>>. Acesso em: 20 jun. 2015.

_____. *Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente*. Versión

1.1. Informe Técnico Definitivo. Geneva: WHO, 2009a. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2015.

_____. *The International Classification for Patient Safety (ICPS): taxonomy – more than words*. Geneva: WHO, 2009b. Disponível em: <<http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/en/>>. Acesso em: 3 jun. 2015.

Recebido para publicação em maio de 2016
Versão final em setembro de 2016
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve