

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

NAYENE RODRIGUES DA SILVA

**A SEGURANÇA DO PACIENTE NO CENÁRIO BRASILEIRO: UMA REVISÃO
INTEGRATIVA**

CEILÂNDIA – DF

2015

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA

NAYENE RODRIGUES DA SILVA

**A SEGURANÇA DO PACIENTE NO CENÁRIO BRASILEIRO: UMA REVISÃO
INTEGRATIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Banca Examinadora da
Universidade de Brasília como exigência
parcial para obtenção do título de
Enfermeiro.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Tânia Cristina Morais Santa Bárbara Rehem

CEILÂNDIA – DF

2015

LISTA DE SIGLAS

ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CFF	Conselho Federal de Farmácia
CFM	Conselho Federal de Medicina
CIPNSP	Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN – SP	Conselho Regional do estado de São Paulo
EA	Eventos Adversos
EAM	Eventos Adversos Relacionados a Medicamentos
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
HM	Higienização das Mãos
IOM	Institute of Medicine
IRAS	Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde
LVSC	Lista de Verificação de Cirurgia Segura
MS	Ministério da Saúde
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
REBRAENSP	Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente
RN	Recém-Nascido
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SAS/MS	Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde

RESUMO EM PORTUGUÊS

Objetivos: Este estudo tem como objetivo, identificar a produção científica existente no Brasil, sobre segurança do paciente, a partir da instituição da Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Metodologia: Trata-se de uma revisão integrativa da literatura sobre a Segurança do Paciente dentro do cenário brasileiro, a qual foi realizada por meio de pesquisa na Biblioteca Virtual em Saúde e no Portal CAPES utilizando os seguintes descritores: segurança do paciente, qualidade da assistência à saúde, eventos adversos (EAs), gerenciamento de segurança. Resultados: foram encontrados 32 artigos científicos. Destes, 46,9% foram publicados no ano de 2013 e 53,1% foram publicados no ano de 2014. Dos 32 artigos selecionados, 19 artigos (57,6%) mencionaram alguma das metas do PNSP e 14 artigos (42,4%) não mencionaram as metas. O periódico com maior número de publicações foi a Revista Gaúcha de Enfermagem que publicou 18% dos artigos. Conclusão: Apesar dos fatores de risco associados a ocorrência de EAs estarem relacionados à vivência e às práticas de enfermagem, a segurança do paciente é de responsabilidade de todos os profissionais de saúde. Três estratégias são comuns a implementação de todas as metas estabelecidas pelo Ministério da Saúde (MS). São elas: incentivar a cultura de promoção de segurança do paciente, abordar a segurança do paciente desde a graduação e dar aos profissionais de saúde uma educação continuada e integrar o paciente no processo de cuidado. A implantação dessas três estratégias é essencial para o estabelecimento do PNSP de forma adequada dentro das instituições de saúde do Brasil.

Descritores: Segurança do paciente; gerenciamento de risco; qualidade da assistência à saúde; enfermagem

RESUMO EM INGLÊS

Objectives: This study aims to identify the existing scientific literature in Brazil on patient safety, from the establishment of the National Patient Safety Program (PNSP). **Methodology:** This is an integrative review of the literature on Patient Safety in the Brazilian scenario, which was carried out through research in the Virtual Health Library and the Portal CAPES using the following keywords: patient safety, quality of care health, adverse events, security management. **Results:** found 32 scientific articles. Of these, 46.9% were published in 2013 and 53.1% were published in the year 2014. Of the 32 selected articles, 19 articles (57.6%) mentioned some of PNSP goals and 14 articles (42.4 %) did not mention the goals. The newspaper with the highest number of publications was the Gaúcho Journal of Nursing has published 18% of the articles. **Conclusion:** Despite the risk factors associated with the occurrence of adverse events are related to living and nursing practices, patient safety is the responsibility of all health professionals. Three strategies are common to implementing all the goals set by the Ministry of Health (MOH). These are: to encourage the culture of patient safety promotion, addressing patient safety since graduation and give healthcare professionals continuing education and integrate the patient in the care process. The implementation of these three strategies is essential for PNSP the establishment appropriately within the health institutions in Brazil.

Keywords: Patient Safety; risk management; quality of health care; nursing

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO.....	6
2 – OBJETIVOS.....	9
3 – METODOLOGIA.....	10
4 – RESULTADOS E DISCUSSÃO	12
5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32
ANEXO 01 – Tabela com os descritores utilizados para busca.....	37
ANEXO 02 - Instrumento de Coleta de Dados adaptado para Revisão Integrativa.....	41

1 – INTRODUÇÃO

A busca pela qualidade da atenção envolvendo a segurança do paciente não é um tema novo, pois a questão do erro e dos EAs tem sido descrita e estudada há bem mais de um século. A segurança do paciente e a qualidade da assistência à saúde têm ganhado importância. Estudos em nível global e iniciativas para promover a segurança do paciente vêm crescendo em todo o mundo (OLIVEIRA *et al*, 2014; LORENZINI *et al*, 2014; ANVISA, 2013; BRASIL, 2013a).

No ambiente hospitalar, estudos apontam que um em cada 10 pacientes atendidos em um hospital sofre pelo menos um evento adverso (EA), ou seja, incidente que resulta em dano ao paciente, como por exemplo, administração incorreta de medicamentos, falhas na identificação do paciente, erros em procedimentos cirúrgicos, entre outros. (BRASIL, 2013a, MENDES, 2012).

A devida importância a esse tema começou a ser dada a partir do relatório publicado em 1999 pelo *Institute of Medicine* (IOM) dos Estados Unidos intitulado “Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro” (*To err is human — Building a safer health system*). Esse relatório revelou que entre 44.000 e 98.000 pacientes morriam a cada ano nos hospitais dos EUA em virtudes de danos causados durante a prestação de cuidados de saúde (ANVISA, 2013; BRASIL, 2013a).

Em 2004, a Organização Mundial de Saúde (OMS), demonstrando preocupação com essa situação, criou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (*World Alliance for Patient Safety*), que mais tarde passaria a se chamar *Patient Safety Program*. Isso despertou os países membros para o compromisso de desenvolver políticas públicas e práticas voltadas para a segurança do paciente. Os objetivos da Aliança eram, entre outros, definir e identificar prioridades na área da segurança do paciente em diversas partes do mundo e contribuir para uma agenda mundial para a pesquisa de campo (REIS, 2013; SILVA, 2012; BRASIL, 2013a; CAPUCHO & CASSIANI, 2013).

Por se tratar de um assunto extremamente sério e relevante para a saúde pública, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) publicou a Portaria nº 529 de 1 de abril de 2013 que instituiu o PNSP, o qual tem como objetivo contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional (BRASIL, 2013a). A fim de atingir os objetivos do programa, a ANVISA publicou em 25 de julho de

2013 a RDC nº 36 que instituiu ações para a segurança do paciente com o objetivo de melhorar a qualidade da assistência nos serviços de saúde, sejam eles públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares, incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa.

A Portaria 529/2013 instituiu, no seu Art. 6º, o Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (CIPNSP), que se trata de uma instância colegiada, de caráter consultivo e que tem por finalidade promover ações que visem a melhoria da segurança do cuidado em saúde (BRASIL, 2013b).

A fim de alcançar os objetivos do PNSP, o Art. 8º da RDC 36/2013 regulamenta o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (PSP). Esse plano deve ser elaborado pelo Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e estabelece algumas estratégias e ações de gestão de risco, conforme as atividades desenvolvidas pelo serviço de saúde, sendo essas estratégias e ações para:

- I - Identificação, análise, avaliação, monitoramento E comunicação dos riscos no serviço de saúde, de forma sistemática;
- II - Integrar os diferentes processos de gestão de risco desenvolvidos nos serviços de saúde;
- III - Implementação de protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde;
- IV - Identificação do paciente;
- V - Higiene das mãos;
- VI - Segurança cirúrgica;
- VII - Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos;
- VIII - Segurança na prescrição, uso e administração de sangue e hemocomponentes;
- IX - Segurança no uso de equipamentos e materiais;
- X - Manter registro adequado do uso de órteses e próteses quando este procedimento for realizado;
- XI - Prevenção de quedas dos pacientes;
- XII - Prevenção de úlceras por pressão;
- XIII - Prevenção e controle de eventos adversos em serviços de saúde, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde;
- XIV - Segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral;
- XV - Comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde;
- XVI - Estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada;
- XVII - Promoção do ambiente seguro.

Dentre todas essas ações e estratégias, o Ministério da Saúde escolheu seis para implementar dentro dos serviços de saúde (ANVISA, 2014).

As seis metas escolhidas foram:

- I – Identificação correta do paciente;
- II – Melhorar a comunicação entre profissionais de saúde;
- III – Melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos;
- IV – Assegurar a cirurgia em local de intervenção, procedimento e pacientes corretos;
- V – Higienizar as mãos para evitar infecções;
- VI - Reduzir o risco de queda e úlceras por pressão.

OMS, em parceria com a FIOCRUZ e a ANVISA, publicou 06 protocolos básicos de segurança do paciente ainda no ano de 2013, com recomendações para melhorar a qualidade e a segurança da assistência à saúde nas unidades de saúde de todo o território nacional. São eles: Protocolo de Identificação do Paciente; Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos; Protocolo para Cirurgia Segura; Protocolo para a Prática de Higiene das Mãos em Serviços de Saúde; Protocolo para Prevenção de Úlceras por Pressão e Protocolo para Prevenção de Quedas. Esses protocolos fazem parte do processo de implantação do PNSP e constituem instrumentos para construir uma prática assistencial segura. Eles também são componentes obrigatórios dos planos de segurança do paciente aos quais se refere à Resolução da Diretoria Colegiada nº 36 de 25 de julho de 2013 (BRASIL, 2013a).

A RDC Nº 36, de 25 de julho de 2013 institui ações para a promoção da segurança do paciente e para a melhoria da qualidade nos serviços de saúde, e ainda, prevê, em seu Art. 4º, a criação dos NSPs com a responsabilidade e o poder para executar as ações do PNSP. Os NSPs são instâncias que devem ser criadas nos estabelecimentos de Saúde para promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente e, para o funcionamento sistemático e contínuo do NSP, a direção do serviço de saúde deve disponibilizar de um profissional responsável com participação nas instâncias deliberativas do serviço de saúde.

Diante do exposto a seguinte pergunta merece ser respondida: qual a produção existente no Brasil sobre segurança do paciente?

2 – OBJETIVOS

Objetivo Geral:

Conhecer por meio de uma revisão integrativa, a produção existente no Brasil, sobre segurança do paciente, a partir da publicação do Programa Nacional de Segurança do Paciente em abril de 2013.

Objetivos específicos:

1. Identificar estudos relativos ao tema segurança do paciente;
2. Categorizar os estudos encontrados sobre segurança do paciente;
3. Verificar as contribuições trazidas pelos estudos de modo a contribuir para as discussões sobre o tema segurança do paciente

3 – METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura sobre a Segurança do Paciente dentro do cenário brasileiro, com a finalidade de responder à questão norteadora: qual a produção existente no Brasil sobre segurança do paciente?

Esse método determina o conhecimento atual sobre um tema específico e é conduzido de forma a identificar, analisar e sintetizar resultados de estudos científicos independentes sobre o mesmo tema de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado e para uma repercussão benéfica na qualidade dos cuidados prestados ao paciente. É um método valioso para a enfermagem, pois muitas vezes os profissionais não têm tempo para realizar a leitura de todo o conhecimento científico disponível devido ao volume alto de publicações acerca de determinado assunto, além da dificuldade para realizar a análise crítica dos estudos (GALVÃO, 2008, 2009; SOUZA, 2010).

A revisão integrativa, segundo Galvão (2008), é composta por seis fases distintas: identificação do tema ou questionamento da revisão integrativa; amostragem ou busca na literatura; categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; interpretação dos resultados; e síntese do conhecimento evidenciado nos artigos analisados ou apresentação da revisão integrativa.

A etapa de busca na literatura foi realizada durante os meses de março e abril do ano de 2015 por meio de pesquisa avançada na Biblioteca Virtual em Saúde (BIREME) e no Portal CAPES utilizando os seguintes descritores: segurança do paciente, qualidade da assistência à saúde, eventos adversos, gerenciamento de segurança. Os descritores foram cruzados usando os termos AND de acordo com o sistema booleano e a busca gerou artigos que estavam hospedados nas seguintes bases de dados: BDENF, LILACS, SCIELO e Periódicos da CAPES. A fim de esgotar as possibilidades de busca e incluir nessa revisão todos os artigos publicados acerca da segurança do paciente no cenário nacional, foi realizada uma busca complementar nas mesmas bases de dados, utilizando o descritor principal “segurança do paciente” com outros descritores, como por exemplo, infecção hospitalar, controle de risco, sistema único de saúde, erros de medicação, entre outros; porém os artigos produzidos nessa busca contemplaram artigos já previamente selecionados e/ou artigos que, após leitura dos resumos, não se enquadraram nos critérios de inclusão e exclusão.

Os critérios de inclusão na seleção dos estudos foram: artigos de revisão de literatura, de reflexão ou originais de abordagem quantitativa, qualitativa ou mista; completos e disponíveis nas bases de dados; publicados em inglês ou português; com temática referente à segurança do paciente; que retratassem a realidade do cenário brasileiro e/ou publicados no Brasil e com data de publicação posterior à instituição do PNSP. Foram excluídos da busca dissertações, teses e/ou documentos oficiais.

Na etapa de Categorização dos Estudos as publicações selecionadas foram categorizadas de acordo com um instrumento de coleta de dados adaptado pela autora e baseado no Instrumento de Coleta de Dados validado por Ursi, 2005.

Os descritores selecionados foram lançados na BIREME e devolveram como resposta 29.056 artigos. No filtro de busca foram selecionados os campos: “Brasil” no tópico “País/Região como Assunto”; e “2013” e “2014” no tópico “Ano de Publicação”. A partir da leitura dos títulos dos artigos que a BIREME devolveu como resultados de busca, foram selecionados 159 artigos, estes foram submetidos aos critérios de inclusão e exclusão e leitura dos resumos.

Após a etapa de leitura dos resumos e análise dos artigos encontrados, considerando os critérios de inclusão e exclusão, 32 artigos científicos que serviram como objeto de estudo para essa revisão integrativa. Destes, 15 (46,9%) foram publicados no ano de 2013 e 17(53,1%) foram publicados no ano de 2014. Nenhum artigo publicado no ano de 2015 foi encontrado durante o período de busca de artigos.

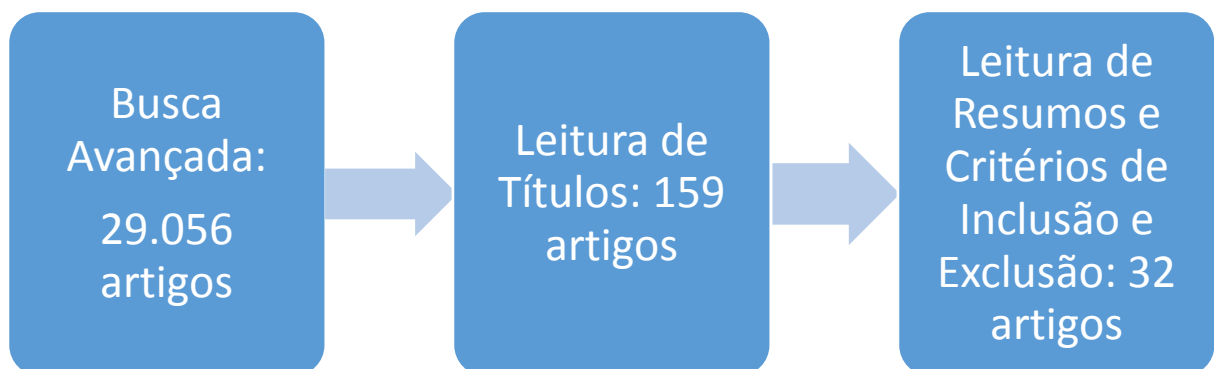


Figura 1: Processo de busca dos artigos científicos sobre segurança do paciente publicados nos anos de 2013 e 2014 na BIREME e Portal CAPES.

4 – RESULTADOS E DISCUSSÃO

As bases de dados apresentaram quantidades distintas de artigos publicados sendo que a Scielo foi a que apresentou o maior número de artigos publicados, 25. Todos os artigos selecionados foram publicados em português na íntegra.

Tabela 1 – Artigos selecionados sobre segurança do paciente publicados nos anos de 2013 e 2014

Nº	Autores	Base de Dados	Periódicos	Classificação	Ano
1	SIQUEIRA, COSTA, OLIVEIRA, GOMES, SANTOS, CARVALHO, LOPES, SANTANA e EVANGELISTA	Periódicos CAPES	Vigilância Sanitária em Debate: Sociedade, Ciência & Tecnologia	Qualitativo	2014
2	LOPEZ e WEGNER	Periódicos CAPES	Revista Ciência & Saúde	Qualitativo	2013
3	CAPUCHO, ARNAS e CASSIANI	Periódicos CAPES	Revista Gaúcha de Enfermagem	Qualitativo	2013
4	BRIDO, LOURO e SILVA	SCIELO	Revista Latino Americana de Enfermagem	Quantitativo	2014
5	TEIXEIRA&CASSIANI	SCIELO	Acta Paulista de Enfermagem		2014
6	ROCHA, SILVA, BEZERRA, SOUSA e MOREIRA	SCIELO	Ciencia y Enfermeria XX	Quantitativa	2014
7	MENDES, PAVÃO, MARTINS, MOURA e TRAVASSOS	SCIELO	Revista da Associação Médica Brasileira	Quantitativo	2013
8	FREITAS, ANTUNES, FERNANDES, MONTE e GAM A	SCIELO	Caderno de Saúde Pública	Quantitativo	2014
9	PIRES, PEDREIRA E PETERLINI	SCIELO	Revista Latino Americana de Enfermagem	Qualitativo	2013
10	MELLO e BARBOSA	SCIELO	Texto & Contexto - Enfermagem	Quantitativo	2013

11	TOMAZONI, ROCHA, SOUZA, ANDRES E MALFUSSI	SCIELO	Revista Latino Americana de Enfermagem	Quantitativo	2014
12	MARQUES, ROMANO - LIEBER	SCIELO	Revista de Saúde Coletiva	Revisão Bibliográfica	2014
13	OLIVIERA, LEITOÃO, SILVA, FIGUEIREDO, SAMPAIO e GONDIM	SCIELO	Escola Anna Nery	Qualitativa	2014
14	FERREIRA, DANTAS, DINIZ, RIBEIRO, MACHADO e TOURINHO	LILACS	Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online	Quantitativa	2014
15	ROZENFELD, GIORDANI e COELHO	SCIELO	Revista de Saúde Pública	Qualitativo	2013
16	BOHOMOL e TARTALI	SCIELO	Acta Paulista de Enfermagem	Qualitativo	2013
17	BRIDI, SILVA E MONTEIRO	BDEFN	Journal of research fundamental care online	Revisão Integrativa de Literatura	2013
18	BELELA-ANACLETO, SOUSA, YOSHIKAMA, AVELAR E PEDREIRA	SCIELO	Texto & Contexto - Enfermagem	Quantitativa	2013
19	SILVA, PORTO, ROCHA, LESSMA, CABRAL e SCHNEIDER	SCIELO	Ciencia y Enfermeria	Quantitativo	2013
20	TASE, LOURENÇÃO, BIANCHINI e TRONCHIN	SCIELO	Revista Gaúcha de Enfermagem	Artigo de Reflexão	2013
21	BATHKE, CUNICO, MAZIERO, CAUDURO, SARQUIS e CRUZ	SCIELO	Revista Gaúcha de Enfermagem	Qualitativo	2013
22	BOTENEB e PEDROC	SCIELO	Revista Gaúcha de Enfermagem	Qualitativo	2014
23	BARBOSA, OLIVEIRA, LOPES, POLETTI e BECCARIA	SCIELO	Acta Paulista de Enfermagem	Quantitativo	2014
24	PARANAGUA, BEZERRA, SILVA e AZEVEDO FILHO	SCIELO	Acta Paulista de Enfermagem	Quantitativo	2013

25	MOTTA FILHO, SILVA, FERRACINI e BAHR	SCIELO	Revista Brasileira de Ortopedia	Quantitativo	2013
26	LORENZINI, SANT E BÁO	SCIELO	Revista Gaúcha de Enfermagem	Quantitativo	2014
27	NUNES, BARROS, AZEVEDO e PAIVA	SCIELO	Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental	Revisão Integrativa	2014
28	MARQUES e ROMANO-LIEBER	SCIELO	Saúde e Sociedade	Quantitativo	2014
29	NOVARETTI, SANTOS, QUITÉRIO E DAUD-GALLOTTI	SCIELO	Revista Brasileira de Enfermagem	Qualitativo	2014
30	SOUZA, ROCHA, CABRAL e KUSAHARA	SCIELO	Acta Paulista Enfermagem	Quantitativo	2014
31	PERGHER e SILVA	SCIELO	Revista Gaúcha de Enfermagem	Estudo de Caso	2014
32	PAESE e DALSSASSO	SCIELO	Texto & Contexto - Enfermagem	Quantitativo	2013

Os artigos foram publicados em 17 periódicos diferentes, sendo que o periódico com maior número de publicações foi a Revista Gaúcha de Enfermagem que publicou 6 (18%) artigos, seguida do periódico Acta Paulista – Enfermagem. Os periódicos com menor número de publicação foram Caderno de Saúde Pública, Ciência & Saúde, Escola Anna Nery, Revista Brasileira de Enfermagem, Revista Brasileira de Ortopedia, Revista da Associação Médica, Revista de Saúde Coletiva, Revista de Saúde Pública, Saúde e Sociedade e Vigilância em Debate: Sociedade, Ciência & Tecnologia publicaram cada um apenas 1 artigo (3%).

Quanto ao tipo de Estudo, foram selecionados 17 (55%) estudos quantitativos, 10 (30%) estudos qualitativos, 2 revisões integrativas, 1 estudo de caso, 1 revisão bibliográfica e 1 artigo de reflexão.

A caracterização dos artigos como artigos de enfermagem ou demais áreas se deu de acordo com o público a que o artigo científico se direcionava e com o público que era objeto de estudo da pesquisa. Dos 32 artigos selecionados, 22(69%) artigos foram caracterizados como publicações de enfermagem, 3 (9%) artigos foram caracterizados como publicações médicas, 1 (3%) artigo foi caracterizado uma publicação de enfermagem e médica e 6 (19%) não se caracterizaram como artigo de enfermagem e/ou artigo médico. Estudo realizado por Nunes *et al* (2014) relatou que a produção científica sobre segurança do paciente vem

crescendo anualmente desde a criação da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente pela OMS e que a enfermagem brasileira despontou nas pesquisas na área de segurança do paciente e vem contribuindo de forma crescente para a melhoria da qualidade da assistência dos serviços de saúde, porém, ainda são escassas as pesquisas realizadas diretamente com o paciente.

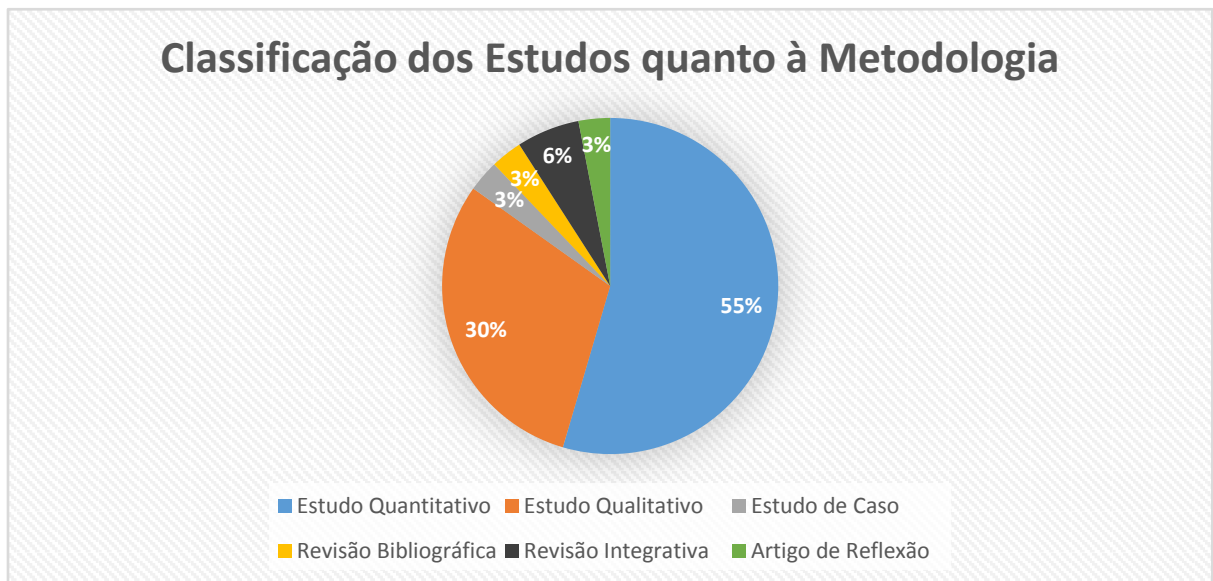


Figura 3: Distribuição dos artigos sobre segurança do paciente publicados nos anos de 2013 e 2014 quanto ao tipo de estudo

A Portaria 529/2013 e a RDC 36/2013 não especificam em seu texto que a segurança do paciente e a garantia da qualidade da assistência de saúde é de responsabilidade exclusiva da equipe de enfermagem ou do profissional enfermeiro. A constituição do CIPNSP por vários órgãos e instituições distribuiu entre os profissionais de saúde a responsabilidade sobre a garantia de uma assistência de saúde de qualidade e segura dentro do sistema de saúde, pois, de acordo com as “Estratégias para a Segurança do Paciente: Manual para Profissionais da Saúde” publicado pela Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente – REBRAENSP, a segurança do paciente é o resultado do esforço e comprometimento diário de equipes multiprofissionais, instituições e serviços de atenção à saúde, públicos e privados. (REBRAENSP)

Porém, estudos mostram que a equipe de enfermagem é, dentre os profissionais da saúde, a categoria mais suscetível a cometer EAs, pois realiza diversas intervenções invasivas e permanece por um tempo prolongado junto ao paciente, pois a prática profissional da

enfermagem é mediada pela vivência e percepção diária de situações de risco em geral. Sabe-se também que a equipe de enfermagem está inserida no cenário em que EAs ocorrem e, no Brasil, a causa de incidentes relacionados à segurança do paciente recai sobre a equipe de enfermagem, muito embora se tenha conhecimento de que, além de falhas individuais, falhas ambientais, estruturais e processos mal elaborados contribuem para isto a diminuição da segurança do paciente. (NUNES *et al*, 2014; TEIXEIRA&CASSIANI, 2014; MELLO&BARBOSA, 2013)

Ainda com relação á enfermagem, outro estudo relata que os EAs são comumente associados ao erro humano individual, e, dentre as situações que inclinam ao risco de EAs estão a desmotivação profissional, a falha na aplicação da sistematização da assistência de enfermagem (SAE), a delegação de cuidados sem supervisão adequada e a sobrecarga de serviço. (OLIVEIRA *et al*, 2014; TOMAZZI *et al*, 2014; FERREIRA *et al*, 2014)

Dos 6 artigos que não se caracterizaram como publicações de enfermagem ou como publicações de medicina, 4 abordaram uma outra área da saúde sendo que destes, 3 eram voltados para a área de Saúde Pública e um era voltado para a área de Vigilância Sanitária. Os outros artigos não se caracterizam enquanto publicação específica, tratando de segurança do paciente de forma geral.

Todos os 3 artigos voltados para a Saúde Pública abordaram a segurança do paciente na prescrição, uso e administração de medicamentos, de forma que dois artigos abordaram o uso de medicamentos após a alta hospitalar e um abordou eventos adversos relacionados a medicamentos (EAMs) no ambiente hospitalar.

Rozenfeld *et al* (2013) relata que o tempo médio de internação foi maior para aqueles com EAM, 35 dias de internação para paciente com EAMs, *versus* 11 dias para pacientes sem EAMs. O estudo conclui que o aumento do período de internação significa aumento de custos para o sistema de saúde e dos riscos para o paciente hospitalar, pois, de acordo com Roque e Melo (2011), a ocorrência do dano em consequência de um EAM pode agravar o quadro clínico do paciente, aumentando os custos para as instituições e sociedade ou levando o paciente ao óbito. (ROZENFELD *et al*, 2013; ROQUE &MELO, 2011)

Os resultados do estudo de Marques e Romano-Lieber(2014a) mostram uma estimativa de que 11% a 23% dos pacientes apresentam EAMs após alta hospitalar. Desses, de 6% a 27% dos eventos poderiam ter sido evitados.

Vale ressaltar que os estudos acima citados apenas mencionam o gasto adicional que se tem com pacientes que, devido à ocorrência de EAMs, permanecem internados no

ambiente hospitalar por um período prolongado ou procuram outros serviços de atendimento à saúde após a alta hospitalar.

Sabe-se que o aumento dos gastos com esses pacientes é um problema de saúde pública, já que cerca de 67% dos EAs que acontecem em ambiente hospitalar no Brasil são evitáveis e os custos aumentam proporcionalmente ao número de EAs e ao tempo de internação hospitalar. (MENDES *et al*, 2013; ROZENFELD *et al*, 2013)

Quanto aos custos, os EAMs resultam em custos diretos, que são execução de exames adicionais, aumento significativo da permanência hospitalar, uso de medicamentos suplementares, necessidade de realização de procedimentos médicos e a potencial necessidade de transferência para unidades de terapia semi-intensiva/intensiva. Enquanto os custos indiretos estão associados à perda da produtividade e ao sofrimento físico e psicológico do paciente e familiares. (AGUIAR *et al*, 2006; TRIBIÑO *et al*, 2006)

No que se refere à Especialidade Médica, 14 artigos, (43,75%), trataram de campos específicos na assistência à saúde. Desses, 5 trataram da segurança do paciente na assistência cirúrgica, 5 artigos trataram da segurança do paciente na terapia intensiva, e 4 artigos mencionaram a Pediatria.

A conformação dos artigos com o PNSP foi avaliada e dos 32 artigos selecionados, 19 artigos (57,6%) mencionaram pelo menos uma meta do PNSP e 14 artigos (42,4%) não mencionaram nenhuma delas. Entre as metas do PNSP que foram mencionadas ou abordada, a meta 3 – Melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos – e a meta 4 – Assegurar a cirurgia em local de intervenção, procedimento e pacientes corretos – foram as mais mencionadas. Ambas foram citadas em 6 artigos cada uma.

Tabela 2 – Artigos que mencionaram uma das metas do PNSP publicados no ano de 2013 e 2014

Nº	Autores	Base de Dados	Periódicos	Classificação	Ano
1	SIQUEIRA, COSTA, OLIVEIRA, GOMES, SANTOS, CA RVALHO, LOPES, SANTANA e EVANGELISTA	Periódicos CAPES	Vigilância Sanitária em Debate: Sociedade, Ciência & Tecnologia	Qualitativo	2014
2	TEIXEIRA e CASSIANI	SCIELO	Acta Paulista Enfermagem		2014
3	ROCHA, SILVA,	SCIELO	Ciencia y Enfermeria XX	Quantitativa	2014

	BEZERRA, SOUSA e MOREIRA				
4	MENDES, PAVÃO, MARTINS, MOURA e TRAVASSOS	SCIELO	Revista da Associação Médica Brasileira	Quantitativo	2013
5	FREITAS, ANTUNES, FERNANDES, MONTE e GAM A	SCIELO	Caderno de Saúde Pública	Quantitativo	2014
6	TOMAZONI, ROCHA, SOUZA, ANDRES E MALFUSSI	SCIELO	Revista Latino Americana de Enfermagem	Quantitativo	2014
7	FERREIRA, DANTAS, DINIZ, RIBEIRO, MACHADO e TOURINHO	LILACS	Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online	Quantitativa	2014
8	ROZENFELD, GIORDANI e COELHO	SCIELO	Revista de Saúde Pública	Qualitativo	2013
9	BOHOMOL e TARTALI	SCIELO	Acta Paulista de Enfermagem	Qualitativo	2013
10	BRIDI, SILVA E MONTEIRO	BDEFN	Journal of research fundamental care online	Revisão Integrativa de Literatura	2013
11	BELELA-ANACLETO, SOUSA, YOSHIKAMA, AVELAR E PEDREIRA	SCIELO	Texto & Contexto - Enfermagem	Quantitativa	2013
12	TASE, LOURENÇÃO, BIANCHINI e TRONCHIN	SCIELO	Revista Gaúcha de Enfermagem	Artigo de Reflexão	2013
13	BATHKE, CUNICO, MAZIERO, CAUDURO, SARQUIS e CRUZ	SCIELO	Revista Gaúcha de Enfermagem	Qualitativo	2013
14	BOTENEB e PEDROC	SCIELO	Revista Gaúcha de Enfermagem	Qualitativo	2014
15	BARBOSA, OLIVEIRA, LOPES, POLETTI e BECCARIA	SCIELO	Acta Paulista Enfermagem	Quantitativo	2014
16	PARANAGUA, BEZERRA, SILVA e AZEVEDO FILHO	SCIELO	Acta Paulista Enfermagem	Quantitativo	2013

17	NUNES, BARROS, AZEVEDO e PAIVA	SCIELO	Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental	Revisão Integrativa	2014
18	SOUZA, ROCHA, CABRAL e KUSAHARA	SCIELO	Acta Paulista Enfermagem	Quantitativo	2014
19	PAESE e DALSSASSO	SCIELO	Texto & Contexto - Enfermagem	Quantitativo	2013

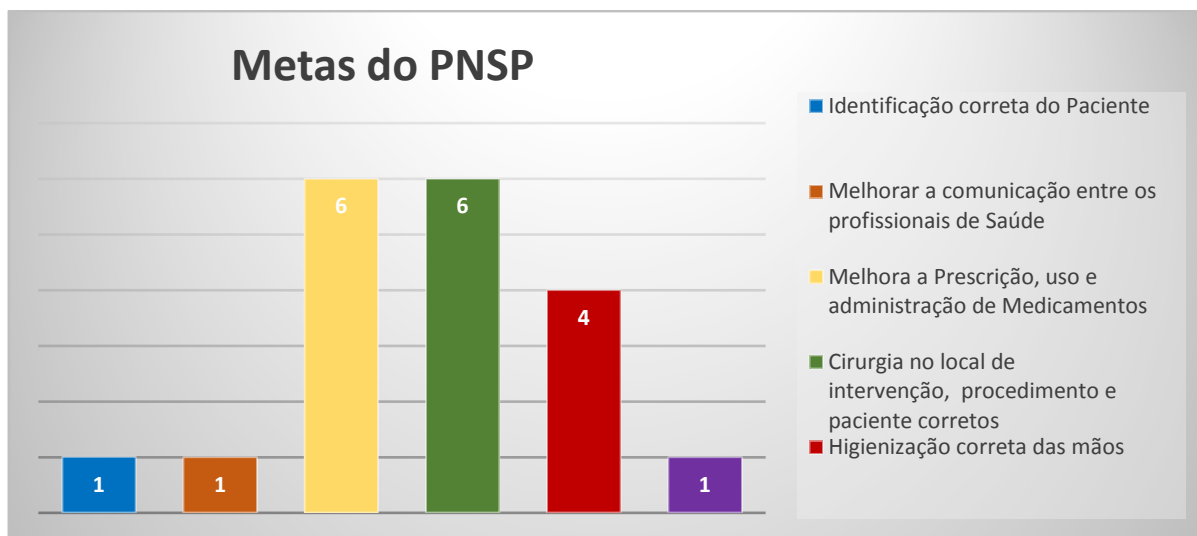


Figura 4: Distribuição dos artigos com o tema “segurança do paciente” que mencionaram alguma meta do PNSP nos anos de 2013 e 2014.

Nesta revisão, apenas um artigo falou especificamente da meta 1 – Identificação correta do paciente. Este é um artigo de reflexão publicado em 2013 pela Revista Gaúcha de Enfermagem com o objetivo de destacar os elementos constituintes do processo de identificação do paciente por meio de pulseiras e refletir acerca da implementação desse processo nas instituições hospitalares. (TASE *et al*, 2013)

Tase *et al* (2013) expõe que falhas na identificação do paciente podem resultar em uma série de EAs ou erros envolvendo a administração de medicamentos e transfusão de hemocomponentes, a realização de testes diagnósticos; procedimentos, cirurgias, exames laboratoriais e radiológicos realizados em pacientes errados e/ou em locais errados; e entrega de recém-nascidos às famílias erradas na alta ou no momento do aleitamento. Outros fatores que colaboram para a ocorrência de erros na identificação são a troca de dígitos no número do registro hospitalar, o uso de etiquetas erradas ou com dados incorretos, incompletos, ilegíveis e indivíduos homônimos. (COREN-SP, 2010)

As discussões e as iniciativas no sentido de assistir o paciente com segurança estão se desenvolvendo, porém ainda existem lacunas quanto à implementação efetiva e ao monitoramento dos protocolos de identificação do paciente, por parte dos profissionais de saúde, gestores de serviços, entidades de classe, e até mesmo do próprio usuário e seus familiares. Por fim, conclui-se que a identificação do paciente é de responsabilidade multidisciplinar, e não apenas do profissional enfermeiro, pois esse processo envolve aspectos envolvendo os processos de trabalho, a cultura organizacional, a prática profissional e a participação do usuário e familiares (TASE *et al*, 2013)

Ainda segundo Tase *et al* (2013), no cotidiano profissional, a prática de confirmação da identificação por meio das pulseiras do paciente, acaba sendo negligenciada pelos profissionais de saúde, principalmente em usuários com longo período de internação, e conclui que, apesar da elevada proporção de EAs e erros constatados envolvendo a falha na identificação do paciente, essa prática ainda não tem sido reconhecida pela equipe multidisciplinar como elemento essencial nos campos do cuidado seguro. Para vencer essa barreira cultural a educação continuada e a conscientização dos profissionais de saúde, no sentido de valorizarem a identificação dos pacientes, é uma ferramenta importante nesse processo, bem como a efetiva participação dos usuários e familiares no processo terapêutico. (SILVA *et al*, 2007).

A identificação do paciente é prática indispensável para garantir a segurança do mesmo em qualquer ambiente que preste serviços de saúde, por exemplo, unidades de pronto atendimento, coleta de exames laboratoriais, atendimento domiciliar e ambulatorial. A OMS recomenda que as instituições de saúde elaborem e executem programas e protocolos que enfatizem a responsabilidade dos profissionais de saúde para a identificação correta do paciente, padronizem o uso de pulseiras de identificação e que estas contenham ao menos dois elementos qualificadores, contraindicando os números de quarto ou leito. (COREN-SP, 2010; SILVA *et al*, 2007)

De acordo com Protocolo de Identificação do Paciente elaborado pelo MS de forma conjunta com a ANVISA e a FIOCRUZ a identificação deve ser realizada em todos os pacientes no momento da admissão do mesmo em qualquer ambiente de prestação de serviços de saúde, por meio de pulseira branca, padronizada, contendo ao menos dois identificadores. A pulseira deve ser colocada num membro do paciente escolhido pela instituição de saúde, respeitando as especificidades de pacientes que apresentem alguma restrição à utilização da pulseira de identificação no membro padronizado, como por exemplo grandes queimados,

mutilados e poli traumatizados. Os identificadores devem ser colocados nas pulseiras de forma legível e podem ser: nome completo do paciente, nome completo da mãe do paciente, data de nascimento do paciente no formato DD/MM/AAA e o número do prontuário do paciente. A utilização de nome incompleto e do nome abreviado deve ser excluída da prática cotidiana dos estabelecimentos de saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013a; SOUZA *et al*, 2014)

Estudos mostram que o uso das pulseiras de identificação de paciente reduz a taxa de erro, mas a falta de exatidão dos dados contidos nas mesmas pode causar confusão e aumentar o risco da ocorrência de EAs. Portanto, a identificação do paciente deve acontecer de forma correta e a confirmação da identificação deve ser realizada antes de qualquer cuidado que inclua a administração de medicamentos, sangue e hemoderivados, a coleta de material para exame, a entrega da dieta e a realização de procedimentos invasivos. (COREN-SP, 2010; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013a; PERRY&SCOTT, 2007)

O artigo que abordou a Meta 2 do PNSP - Melhorar a comunicação entre profissionais de saúde – foi publicado no ano de 2014 e se trata de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, cujo objetivo geral é identificar e analisar estratégias para promover a segurança do paciente na perspectiva de enfermeiros assistenciais.

Esse estudo relata que os enfermeiros identificam riscos assistenciais no processo de cuidar, principalmente os relacionados à administração inadequada de medicamentos e à falha na comunicação, e a fala de um dos enfermeiros entrevistados afirma que erros de comunicação são comuns no cotidiano profissional. (OLIVEIRA *et al*, 2014)

Oliveira *et al* (2014) sugere que uma má qualidade na assistência à saúde é consequência de um círculo vicioso que precisa ser rompido e que tem como uma das principais causas de erros no processo da assistência a comunicação inadequada entre profissionais das diversas áreas da saúde. Quando é realizada uma notificação de EAs de forma adequada e o ocorrido é analisado, se evita que ocorram mais erros de comunicação e que esses interfiram na dinâmica do grupo. Também cabe ressaltar aqui a importância de estabelecer uma comunicação eficiente desde a identificação do risco ou incidente crítico, abrangendo desde o incidente menos grave ao mais grave. Isso evitaria a ocorrência do EA e dos danos gerados.

Em outro estudo, Bohomol e Tartalli (2013) mostra em seus resultados que o ato rotineiro no cotidiano de trabalho dos profissionais e os problemas de comunicação entre os profissionais são fortes razões para os EAs ocorrerem.

O Manual para Profissionais da Saúde (2013) cita com consequências de uma comunicação ineficaz o dano ao paciente, aumento do tempo de hospitalização e uso ineficaz de recursos. Outras pesquisas já mostraram que os problemas de comunicação colaboram para o desenvolvimento de transtornos nas atividades da equipe, resultando em profissionais culpando uns aos outros pelas falhas. Isso ocasiona desgastes emocionais, atrasos e/ou omissões na administração de medicamentos e gera gastos desnecessários às instituições hospitalares. (PAIVA *et al*, 2010)

O MS não publicou um protocolo abordando especificamente a meta 2 do PNSP, porém, a REBRAENSP, em seu documento publicado em 2013 e os 10 passos para a segurança do paciente, publicado em 2007, trazem algumas recomendações acerca da comunicação entre profissionais e serviços de saúde.

Algumas medidas sugeridas por esse documento são a utilização da passagem de plantão e de registros em prontuários e, para que a comunicação seja efetiva e segura, deve acontecer o registro das informações em instrumento padronizado pela instituição, estabelecendo roteiros e protocolos para o registro em prontuário.

Uma das metas do PNSP mais citadas foi a Meta 03 – Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. Foram encontrados 06 artigos que citaram essa meta. Destes apenas um foi publicado em 2013 e todos os demais foram publicados no ano de 2014.

No estudo de Rocha *et al* (2014) foram identificados 556 EAs ocorridos durante a assistência na clínica Pediátrica, sendo que 15,5% desses eventos foram relacionados a medicamentos. Rozenfeld *et al* (2013) apresentou como resultados que a incidência de EAMs foi 26,6/100 pacientes. Esses e demais estudos traçam um perfil dos EAMs, que varia entre 5% e 41%, porém, a maioria dos estudos demonstram que a porcentagem dos EA está por volta os 15% e 16%. (ROCHA *et al*, 2014; ROZENFELD *et al*, 2013; VRIES *et al*, 2008; MENDES *et al*, 2008; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013b)

Os pontos de transição dos pacientes no ambiente hospitalar, ou seja, da admissão à alta, ou mudança de local de internação, foram apontados nos estudos como críticos, pois, frequentemente, nessas mudanças podem ocorrer um expressivo número de erros de medicação consequentes de informações incorretas ou incompletas sobre os medicamentos utilizados pelos pacientes e seu plano terapêutico medicamentoso anterior, ocasionando principalmente a omissão ou duplicidade de dose. Uma das estratégias para prevenir erros de omissão de medicamentos é instituir meios eficazes de comunicação entre a equipe

multiprofissional, entre os integrantes da equipe e o paciente e família. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013b; ROCHA *et al*, 2014; ROZENFELD *et al*, 2013)

Os estudos apontaram que a utilização da informática é uma estratégia para gerar prescrições de forma mais segura evitando a ilegibilidade das prescrições. O uso de tecnologia de informação é um recurso recomendado para evitar erros de prescrição, especialmente a prescrição eletrônica, no entanto, essa importante ferramenta ainda não faz parte da realidade da maioria dos hospitais brasileiros por causa de recursos financeiros limitados, portanto, torna-se urgente o registro informatizado sistemático de todas as prescrições de pacientes hospitalizados no Brasil, como já existe na maioria dos países europeus e nos Estados Unidos da América. (MARQUES&ROMANO-LIEBER, 2014; ROZENFELD *et al*, 2013)

O MS, a ANVISA e a FIOCRUZ publicaram um protocolo com a finalidade de promover práticas seguras no uso de medicamentos em estabelecimentos de saúde e traz recomendações quanto à prescrição, uso e administração de medicamentos em todos os estabelecimentos que prestam cuidados à saúde e em todos os níveis de complexidade. As recomendações quanto à prescrição são de que toda identificação deve ser legível para conferir autenticidade à prescrição, pois a falta de legibilidade compromete a comunicação do prescritor com o paciente e os demais profissionais de saúde, provocando consequentes erros de medicação por troca de medicamento. Isso se torna um problema ainda mais grave quando se trata de medicamentos potencialmente perigoso e alta vigilância, pois erros de prescrição e/ou administração destes pode levar a consequências graves e até fatais. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013b)

Quanto às doses, o protocolo também traz recomendações específicas, pois as doses de medicações são fontes importantes de erros graves. Recomenda-se implantar a dose unitária e dupla checagem nas instituições de saúde, sendo que a dupla checagem deve acontecer no momento de receber a medicação e imediatamente antes da administração. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013b; SOUZA *et al*, 2014)

Ainda referente aos artigos publicados citando a meta 3, o estudo de Ferreira *et al* (2014), foi desenvolvido com 29 profissionais de enfermagem e demonstrou que 48% dos profissionais não sabe distinguir entre erro de medicação e evento adverso evidenciando a deficiência de conhecimento entre os profissionais de saúde.

O protocolo do MS diz que todos os estabelecimentos de saúde devem proporcionar aos profissionais de saúde, educação permanente e treinamento em uso seguro de

medicamentos e que a educação é uma das estratégias que devem ser utilizadas para diminuir a ocorrência de EAs dentro dos estabelecimentos de saúde.

Esse protocolo ainda dá recomendações acerca da administração segura dos medicamentos, já que a administração é a última barreira para evitar um erro de medicação. A estratégia recomendada pelo MS é a adoção dos “sete certos na administração de medicamentos” que são:

- Paciente certo;
- Medicamento certo;
- Via certa;
- Hora certa;
- Dose certa;
- Registro certo e
- Razão

Esses dois últimos foram acrescentados recentemente. Mas nenhum dos artigos abordaram a etapa da administração, evidenciando a necessidade de pesquisa na área da segurança do paciente para conhecimento das necessidades na área e abordagem correta das necessidades do país quanto à segurança do paciente no uso e administração de medicamentos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013b)

A meta 4 – Assegurar a cirurgia em local de intervenção, procedimento e pacientes corretos, foi também muito citada, sendo o foco de também 06 artigos, assim como a meta 3.

Devido à preocupação com a segurança cirúrgica no cenário mundial de saúde pública, e à falta de acesso à assistência cirúrgica de qualidade no Brasil, a ANVISA e o MS elaboraram ações, política e regulamentação sanitária para prevenir EAs, incluindo aqueles decorrentes de procedimentos cirúrgicos. (SIQUEIRA *et al*, 2014) Essas começaram a ser pensadas em 2010, quando a ANVISA aderiu ao Desafio Global para a Segurança do Paciente lançado pela OMS, com o tema “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”. As atividades relacionadas ao segundo desafio global vêm sendo trabalhadas em parceria com a Secretaria de Atenção à Saúde — SAS/MS, a FIOCRUZ, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e a Organização Pan-americana de Saúde - OPAS; e a principal ação nacional com esta iniciativa mundial foi a aplicação da Lista de Verificação de Cirurgia Segura (LVSC) nos serviços de saúde do país.

Os estudos selecionados para essa revisão integrativa relatam a existência de evidências de que a LVSC reduz complicações e salva vida. Eles revelaram também que as complicações cirúrgicas foram reduzidas em mais de um terço e as mortes foram reduzidas em quase a metade em instituições internacionais que a adotaram no processo de cuidado. (BOHOMOL&TARTALI, 2013; FREITAS *et al*, 2014; MENDES *et al*, 2005; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013c; SIQUEIRA *et al*, 2014)

Recomenda-se que LVSC deverá ser checada em três momentos do procedimento cirúrgico: antes da indução anestésica, antes da incisão cirúrgica e antes do paciente sair da sala de cirurgia. Uma única pessoa deverá ser responsável por conduzir a checagem dos itens, e em cada fase, o condutor da LVSC deverá confirmar se a equipe completou suas tarefas antes de prosseguir para a próxima etapa. (BOHOMOL&TARTALI, 2013; FREITAS *et al*, 2014; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013c; SIQUEIRA *et al*, 2014)

Apesar da recente implantação do PNSP no Brasil, ainda faltam investimentos em pesquisa sobre qualidade e segurança do paciente cirúrgico. (SIQUEIRA *et al*, 2014)

A ANVISA elaborou um protocolo de cirurgia segura com a finalidade de determinar as medidas a serem implantadas para reduzir a ocorrência de incidentes, EAs e a mortalidade cirúrgica, permitindo o aumento da segurança na realização de procedimentos cirúrgicos, no local correto e no paciente correto, através do uso da Lista de Verificação de Cirurgia Segura desenvolvida pela OMS. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013c)

Frequentemente a segurança do paciente cirúrgico é relacionada com a diminuição das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), pois elas são um grande problema de saúde pública, pois além do dano ao paciente, contribuem para o aumento do custo do cuidado à saúde (FREITAS *et al*, 2014). Para reduzir os riscos de infecção de sítio cirúrgico, uma das estratégias trabalhadas pelo PNSP é a higienização das mãos, que também é a quinta meta estabelecida pelo MS, porém, a adesão a essa prática por parte dos profissionais de saúde é um grande desafio. (FREITAS *et al*, 2014; BELELA-ABNACLETO *et al*, 2013; BOTENE.&PEDRO, 2013; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013d)

Estudo realizado em uma unidade de internação pediátrica de um Hospital Universitário do Sul do Brasil em 2010 obteve como resultados que 75,86% das HM foi realizada com água e sabão; em 9,20% das HM foi efetuada a fricção antisséptica das mãos, e em 14,94% das HM as duas técnicas foram combinadas. (BOTENE.&PEDRO, 2013)

Em outro estudo, realizado com docentes e universitários de medicina e enfermagem, houve concordância entre todos os participantes quanto à afirmativa de que é frequente não

ter a preparação alcoólica para HM nos locais de realização do estágio, apesar de, no Brasil, haver uma resolução da ANVISA que dispõe sobre a obrigatoriedade de disponibilização de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos pelos serviços de saúde. A falta de disponibilidade de preparação alcoólica, juntamente com a falta de pias em locais apropriados para a HM com disposição de sabonete líquido e papel toalha suficientes, foram causas apontadas nesse estudo como dificultadores para a implementação de um a HM adequada dentro dos serviços de saúde (BELELA-ABNACLETO, 2013)

Os estudos de Silva *et al* (2013) e Bathke *et al* (2013) também abordam a questão da falta de infraestrutura para a implementação e realização adequada da HM em instituições de saúde, e conclui que a infraestrutura é um fator que interfere na realização de uma HM adequada em todos os momentos estabelecidos pela OMS. Esses estudos concluem que além de fornecer infraestrutura e materiais adequados para a HM, também deve haver uma educação permanente e atualização dos funcionários voltada para prepará-los com foco na importância de realizar a HM e as consequências da não realização do procedimento; além de informar acerca do que significa cultura e segurança do paciente, entre outros temas que os incentivem a prestar um cuidado mais seguro.

Além da educação continuada, a HM das mãos deve ser abordada de uma forma diferente durante a graduação. O estudo de Botene e Pedro (2014) relata que a temática, tratada quase sempre em semestres iniciais dos cursos e de forma enfática, talvez não apresente repercussão efetiva para os estudantes. A abordagem da temática deve ser contínua durante toda a graduação, assim como a temática da cultura de segurança do paciente. (BRASIL, 2013a)

Outra proposta para favorecer a implementação da HM no processo de cuidar é fazer com que o paciente e família exigissem do profissional de saúde a HM antes da realização de procedimentos, já que a participação do paciente em iniciativas que promovam a sua segurança é uma das estratégias da OMS e do PNSP. (BRASIL, 2013a, COREN-SP, 2005; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013d; REBRAENSP, 2013)

O PNSP recomenda que a higienização das mãos (HM) deve ser feita em 05 momentos essenciais e necessários, de acordo com o fluxo de cuidados assistenciais por meio de água de sabão quando as mãos estiverem visivelmente sujas ou manchadas de sangue ou outros fluidos corporais, após uso do banheiro, quando a exposição a potenciais patógenos formadores de esporos for suspeita ou comprovada e em todas as demais situações, quando houver impossibilidade de fazer uso da preparação alcoólica. Já a HM com preparação

alcoólica deve ser realizada quando as mãos não estiverem visivelmente sujas, antes e depois de tocar o paciente, após remover luvas e antes do manuseio de medicação ou preparação de alimentos. Importante ressaltar que o sabonete líquido e a preparação alcoólica não devem ser usados concomitantemente. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013d)

Por fim, a última meta do PNSP – Reduzir o risco de queda e úlceras por pressão – foi foco em apenas um dos artigos selecionados. Trata-se de um estudo quantitativo de caráter exploratório com o objetivo de identificar incidentes por queda notificados em um hospital geral e privado e apresentar as categorias de fatores causais desses incidentes que apresentou uma porcentagem de 17,7% de notificações de quedas dentro do ambiente hospitalar, sendo que as quedas da própria altura foram as que mais ocorreram (45%), seguida das quedas do leito (27,3%) (TEIXEIRA&CASSIANI, 2014).

O estudo de Teixeira e Cassiani (2014) conclui que as instituições devem focar na implementação da cultura de segurança, a fim de estimular o envolvimento dos profissionais com a segurança dos pacientes. O objetivo final dessa ação é a de proporcionar identificação, notificação e análise dos incidentes, com consequente melhoria na qualidade da assistência prestada.

Concluiu-se nesse artigo que os pacientes internados, por motivos de fragilidade, necessitam da ajuda da equipe de enfermagem para realizar atividades simples do cotidiano, como, por exemplo, levantar do leito ou tomar banho. Por este motivo as instituições de saúde, juntamente com a equipe de enfermagem, devem orientar adequadamente sobre o risco de quedas que o paciente tem durante o período de internação. Para isto ocorrer é necessária uma quantidade adequada de profissionais de enfermagem devidamente treinados para que esta demanda seja atendida a fim de prevenir as quedas, pois estudos mostram que uma equipe de enfermagem deficiente está diretamente relacionada com erros de medicação, quedas em ambientes instituições de saúde, propagação de infecções, aumento da mortalidade e déficit na reanimação de pacientes. Outro aspecto importante do estudo foi a relação encontrada entre os fatores causais das quedas e a ausência de um protocolo de prevenção de quedas na instituição em estudo. (FERREIRA *et al*, 2014; NUNES *et al*, 2014; MENDES *et al*, 2013; MELLO&BARBOSA, 2013; TOMAZONI *et al*, 2014; OLIVEIRA *et al*, 2014)

O MS publicou dois protocolos com recomendações voltadas para a meta 6 do PNSP, um voltado para a prevenção de quedas e outro voltado para a prevenção de úlceras de pressão.

O protocolo de prevenção de quedas traz que o paciente deve ser avaliado quanto ao risco de queda no momento da sua admissão e que essa avaliação deve ser repetida todos os dias até o momento da sua alta, baseada em alguma escala de avaliação para risco de queda. Os fatores de risco também devem ser avaliados e levados em consideração. São alguns desses fatores de risco: idade, condição de saúde e presença de doenças crônicas, funcionalidade (fraqueza muscular e articulares, amputação de membros inferiores e deformidades nos membros inferiores, entre outros), comprometimento sensorial, uso de medicamentos e história prévia de quedas, entre outros. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013d)

Outras ações estratégicas recomendadas pelo MS e ANVISA são orientar pacientes e familiares sobre as medidas preventivas individuais, integrando pacientes e familiares no processo terapêutico, e colocar sinalização visual para identificação de risco de queda para alertar toda equipe de cuidado. (BRASIL, 2013a; CAPUCHO&CASSIANI, 2013; COREN-SP, 2010; REBRAENSP, 2013)

Independentemente da meta do PNSP abordada nos artigos selecionados para essa revisão integrativa, a cultura de segurança do paciente e a sua implementação foram colocados como importante estratégia para aumentar a qualidade da assistência à saúde e, conseqüentemente, diminuir a ocorrência de EAs, já que inúmeros estudos mostram que a maioria dos EAs que acontecem em ambiente hospitalar e/ou ambulatorial são classificados como evitáveis. (MELLO&BARBOSA, 2013; FERREIRA *et al*, 2014; TASE *et al*, 2013; ROCHA *et al*, 2014; FREITAS *et al*, 2014)

Em seu Art. 5º a RDC 529/2013 estabelece a promoção da cultura de segurança como uma das estratégias de implementação do PNSP no país, e esta deverá ter ênfase no aprendizado, aprimoramento organizacional, e engajamento dos profissionais e dos pacientes na prevenção de incidentes.

A cultura de segurança do paciente a ser defendida é uma que permita a contínua possibilidade de gerenciar riscos nos serviços de saúde e que incentive o profissional a notificar todas e quaisquer ocorrências que diminuam a segurança do paciente, independentemente da gravidade do EA e das suas conseqüências para o paciente, familiares, profissional e instituição. Para alcançar esses objetivos, a cultura do paciente não deve ser punitiva. (TEIXEIRA &CASSIANI, 2014; TOMAZONI *et al*, 2014; SIQUEIRA *et al*, 2014; ROCHA *et al*, 2014; BRASIL, 2013a; REBRAENSP, 2013; VOLPE, 2014)

O predomínio da cultura de punição como resposta à ocorrência de erros pode contribuir para a subnotificação de eventos e esse fato pouco favorece o desenvolvimento de

um gerenciamento de riscos adequado. As notificações geradas devem virar objeto de estudo a fim de estabelecer o perfil dos EAs que acontecem em cada estabelecimento de saúde e, dessa forma, os gestores podem estabelecer estratégias para a promoção da segurança do paciente adequadas à sua realidade, gerenciando os riscos sempre em busca de melhorias para o sistema de prestação de cuidados, já que estudos apontam que o erro individual, na maioria das vezes, é consequência de um sistema que não funciona de forma integrada e adequada. (TEIXEIRA & CASSIANI, 2014; TOMAZONI *et al*, 2014; SIQUEIRA *et al*, 2014; ROCHA *et al*, 2014; BRASIL, 2013a; REBRAENSP, 2013; VOLPE, 2014)

Estudos mostram que o EA é um expressivo indicador para reavaliação do processo de trabalho e não deve ser simplesmente utilizado para punir ou qualificar o profissional como o único responsável pela falha de um sistema complexo. (VOLPE, 2014)

Um sistema de notificações de incidentes deve ser pensado dentro das instituições de saúde para incentivar os profissionais de saúde a aderirem à cultura de segurança do paciente e além de ser não-punitivo, esse sistema deve ser confidencial, independente, deve ter resposta oportuna para os usuários do sistema, deve orientar o usuário para soluções dos problemas notificados, as organizações participantes devem ser responsivas às mudanças sugeridas e, principalmente, o sistema pode e deve ser um coadjuvante para a implantação dos núcleos e dos protocolos de segurança, assim como uma oportunidade para proposição de ações de melhoria da assistência. (BRASIL, 2013a)

5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

A segurança do paciente é um assunto atual e mundial que vem ganhando importância no cenário nacional nos últimos anos devido à publicação da Portaria nº 529 de 1º de abril de 2013 que institui o PNSP. Apesar do Ministério da Saúde ter publicado, juntamente com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária e a Fundação FIOCRUZ, protocolos com recomendações para uma devida implementação do programa, o mesmo ainda não está inserido dentro do cotidiano profissional das organizações de saúde do Brasil devido à ausência de uma cultura de segurança do paciente não punitiva. Porém, a meta 3 (Melhorar a segurança na prescrição, no uso e da administração de medicamentos) está mais à frente do que as demais no processo de implementação, devido à utilização da LVCS elaborada pela OMS.

Essa revisão apontou que, apesar dos fatores de risco mais associados a ocorrência de EAs estarem relacionados à vivência e às práticas de enfermagem, a segurança do paciente é de responsabilidade de todos os profissionais de saúde já que o paciente recebe cuidados de uma equipe multiprofissional durante todo o processo terapêutico.

Para que PNSP seja efetivamente implantado nas instituições de saúde, não basta apenas a adoção das metas e protocolos estabelecidos. Torna-se fundamental a adoção de três estratégias, que foram frequentemente citadas nos artigos e são citadas também no PNSP e nos protocolos elaborados pelo MS, ANVISA e FIOCRUZ. São elas: incentivar a cultura de promoção de segurança do paciente através de um sistema de notificação de eventos com caráter não punitivo; abordar a segurança do paciente desde a graduação e dar aos profissionais de saúde uma educação continuada acerca do assunto; e integrar o paciente e familiares no processo de cuidado dando a eles condições de cobrar uma assistência segura.

Por fim, conclui-se que apesar da crescente preocupação com a implementação adequada das metas estabelecidas pela OMS e pelo MS, no Brasil, ainda são escassas as pesquisas sobre a segurança do paciente que são realizadas diretamente com o paciente, sendo necessária a elaboração de novos estudos envolvendo os pacientes e que comprovem que a implementação efetiva das metas estabelecidas pelo MS garantem uma assistência de saúde de qualidade e aumentam a segurança do paciente dentro das instituições de saúde.

Como limitação deste estudo, pode-se citar o fato da data da realização dos estudos ser anterior à publicação do PNSP. Já que a realização dos estudos foi muito anterior à publicação

do PNSP pode-se concluir que as metas do programa ainda não estão sendo implantadas de forma eficaz devido ao programa ser mais recente que a realização dos estudos

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AGUIAR, G.; JÚNIOR, L. A. S.; FERREIRA, M. A. M. **Ilegibilidade e ausência de informação nas prescrições médicas:** fatores de risco relacionados a erros de medicação. *RBPS*. v.19, nº.2, p. 84-91, 2006.
2. ANVISA. **Assistência Segura: Uma reflexão teórica aplicada à prática.** Brasília, 2013. Disponível em: <[http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/junho/Modulo_1 - Assistencia Segura.pdf](http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/junho/Modulo_1_Assistencia_Segura.pdf)>. Acesso em: 26 mai. 2014.
3. BARBOSA, T. P.; OLIVEIRA, G. A. A. de; LOPES, M. N. DE A.; POLETTI, N. A. A.; BECCARIA, L. M. **Práticas assistenciais para segurança do paciente em unidade de terapia intensiva.***Acta paul. Enferm*, São Paulo, v.27 nº.3, mai-jun 2014
4. BATHKE, J.; CUNICO, P. de A.; CUNICO, P. de A.; MAZIEIRO, E.C.S.; CAUDURO, F. L. F.; SARQUIS, L. M. M.; CRUZ, E. D. de A. **Infraestrutura e adesão à higienização das mãos:** desafios à segurança do paciente. *Rev. Gaúcha Enferm.*v.34 no.2 Porto Alegre June 2013
5. BELELA-ABNACLETO, A. S. C.; SOUSA, B. E. C.; YOSHIKAWA, J. M.; AVELAR, A. F. M.; PEDREIRA, M. da L. G. **Higienização das mãos e a segurança do paciente:** perspectivas de docentes e universitários. *Texto contexto – enfermagem*, Florianópolis, v.22 nº.4, oct-dec 2013.
6. BOHOMOL, E.; TARTALI, J. de A. **Eventos adversos em pacientes cirúrgicos:** conhecimento dos profissionais de enfermagem. *Acta paul. Enfermagem*, São Paulo, v.26, nº.4, 2013.
7. BOTENE, D. Z. de A.; PEDRO, E. N. R. **Os profissionais da saúde e a higienização das mãos:** uma questão de segurança do paciente pediátrico. *Rev Gaúcha Enferm.* São Paulo, v.35, nº.3, p. 124-129, set 2014.
8. BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil. Diário Oficial da União, Brasília, 05 out. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm> Acesso em: 28 de jun. 2014.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente.** Brasília, 2013. 40 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf> Acesso em: 15 mai 2014.
10. BRASIL. **Portaria nº 529 de 01 de abril de 2013.** Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União, Brasília, 01 abri. 2013. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html> Acesso em: 03 jun. 2014.
11. BRASIL. **Resolução RDC nº 36 de 25 de Julho de 2013.** Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 25 jul. 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html> Acesso em: 28 mar 2014.
12. BRIDI, A. C.; LOURO, T. Q.; SILVA, R. C. L. da. **Alarmes clínicos em terapia intensiva:** implicações da fadiga de alarmes para a segurança do paciente. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, São Paulo, v. 22, nº. 6, p. 1034-1040, nov-dez 2014.

13. BRIDI, A. C.; SILVA, R. C. L. da; MONTEIRO, J. L. do S. **Fadiga de alarmes em terapia intensiva:** descrevendo o fenômeno através da revisão integrativa da literatura. *Revista de pesquisa cuidado é fundamental*. [online], v.5, nº.3, p.27-41, jul-set 2013. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2308/pdf_810>. Acesso em: mar. 2015.
14. CAPUCHO, H. C., CASSIANI, S. H. de B.; **Necessidade de implantar programa nacional de segurança do paciente no Brasil.** *Rev Saúde Pública* [online], v.47, nº.4, p. 791-798, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n4/0034-8910-rsp-47-04-0791.pdf>> Acesso em: 18 abri. 2014.
15. CAPUCHOC, H. C.; ARNAS E. R.; CASSIANI, S. H. de B. **Segurança do paciente:** comparação entre notificações voluntárias manuscritas e informatizadas sobre incidentes em saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, [online], vol. 34, nº. 1, p. 164-172, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n1/21.pdf> >. Acesso em: mar. 2015.
16. COREN-SP, Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo; REBRAENSP, Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. **10 passos para a segurança do paciente** [Internet]. São Paulo: COREN-SP; 2010. Disponível em: <http://www.coren-sp.gov.br/inter.coren-sp.gov.br/sites/default/files/10_passos_seguranca_paciente.pdf> Acesso em: mai-jun 2015.
17. FERREIRA, P. C.; DANTAS, A. L. de M.; DINIZ, K. D.; RIBEIRO, K. R. B.; MACHADO, R. C.; TOURINHO, F. S. V. **Evento adverso versus erro de medicação:** percepções da equipe de enfermagem atuante em terapia intensiva. *Revista de pesquisa Cuidado é Fundamental*. [online], v.6, nº.2, p. 725-734 abr-jun 2014. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3088/pdf_1281>. Acesso em: mar. 2015.
18. FREITAS, M. R. de; ANTUNES, A. G.; LOPES, B. N. A.; FERNANDES, F. da C.; MONTE, L. de C.; GAMA, Z. A. da S. **Avaliação da adesão ao checklist de cirurgia segura da OMS em cirurgias urológicas e ginecológicas, em dois hospitais de ensino de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.** *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30. Nº. 1, p. 137-148, jan 2014.
19. GALVÃO, C. M.; MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, C. de C. P. **Revisão integrativa:** método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & contexto enferm.*, [online]., v.17, nº.4, p. 758-764, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>> Acesso em: abri. 2014.
20. LOPEZ, M. F. A.; WEGNER, W. **Eventos adversos no cuidado da criança:** concepções de familiar/cuidador na atenção básica. *Revista Ciência & Saúde*, Porto Alegre, v. 6, nº. 3, p. 190-196, set-dez. 2013
21. LORENZINI, E.; SANTI, J. A. R.; BÁO, A. C. P. **Segurança do paciente:** análise dos incidentes notificados em um hospital do sul do Brasil. *Rev. Gaúcha Enferm*, Porto Alegre, v.35 nº.2, p.121-7.jun 2014.
22. MARQUES, L. de F. G.; ROMANO-LIEBER, N. S. **Estratégias para a segurança do paciente no processo de uso de medicamentos após alta hospitalar.** *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.24, nº.2, p.401-420, 2014.
23. MARQUES, L. de F. G.; ROMANO-LIEBER, N. S. **Segurança do paciente no uso de medicamentos após a alta hospitalar:** estudo exploratório. *Saude soc*, São Paulo, v.23, nº.4, out-dez 2014.
24. MELLO, J. F. de; BARBOSA, S. de F. F. **Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva:** recomendações da enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 22, nº 4, p. 1124-33, out-dez 2013

25. MENDES, W.; PAVÃO, A. L. B.; MARTINS, M.; MOURA, M. de L. de O.; TRAVASSO, C. **Características de eventos adversos evitáveis em hospitais do Rio de Janeiro.** *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 59, nº. 5, p. 421–428, set-out 2013.
26. MENDES, W.; TRAVASSOS, C.; MARTINS, M.; NORONHA, J. C. de. **Revisão dos estudos de avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospitais.** *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v.8, nº. 4, p. 393-406, 2005.
27. MINISTÉRIO DA SAÚDE, ANVISA, FIOCRUZ. **Protocolo de identificação do paciente.**2013. Disponível em: <<http://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Protocolo%20de%20Identifica%C3%A7%C3%A3o%20do%20Paciente.pdf>> Acesso em: mai 2015.
28. MINISTÉRIO DA SAÚDE, ANVISA, FIOCRUZ. **Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos.** 2013. Disponível em: <<http://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/000002490IQmwD8.pdf>> Acesso em: mai 2015.
29. MINISTÉRIO DA SAÚDE, ANVISA, FIOCRUZ. **Protocolo para cirurgia segura.** 2013. Disponível em: <<http://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/0000024279j862R.pdf>> Acesso em: mai 2015.
30. MINISTÉRIO DA SAÚDE, ANVISA, FIOCRUZ. **Protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde.**2013. Disponível em: <<http://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/000002428z8pha4.pdf>> Acesso em: mai 2015.
31. MINISTÉRIO DA SAÚDE, ANVISA, FIOCRUZ. **Protocolo de prevenção de quedas.** 2013. Disponível em: <<http://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Protocolo%20-%20Preven%C3%A7%C3%A3o%20de%20Quedas.pdf>> Acesso em: mai 2015.
32. MINISTÉRIO DA SAÚDE, ANVISA, FIOCRUZ. **Protocolo para prevenção de úlceras por pressão.**2013. Disponível em: <<http://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/000002429jFPtGg.pdf>> Acesso em: mai 2015.
33. MOTTA FILHO, G. da R.; SILVA, L. de F. N. da; FERRACINI, A. M.; BAHR, G. L. **Protocolo de Cirurgia Segura da OMS: O grau de conhecimento dos ortopedistas brasileiros.** *Rev. bras. ortop.* [online], v.48, nº.6, p. 554-562, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbort/v48n6/pt_0102-3616-rbort-48-06-00554.pdf>. Acesso em: mar-abr 2015.
34. NOVARETTI, M. C. Z.; SANTOS, E. de V.; QUITÉRIO, L. M.; DAUD-GALLOTTI, R. M. **Sobrecarga de trabalho da Enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI.** *Rev. bras. Enferm*, Brasília, v.67 nº.5, set-out 2014.
35. NUNES, F. D. O.; BARROS, L. A. A.; AZEVEDO, R. M.; PAIVA, S. de S. **Segurança do paciente: como a enfermagem vem contribuindo para a questão?** *Revista de pesquisa cuidado é fundamental* [online], v.6, nº.2, p. 841-847, abr.-jun. 2014. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3007/pdf_1297>. Acesso em: mar-abr 2015.
36. OLIVEIRA, R. M.; LEITÃO, I. M. T. de A.; SILVA, L. M. S. da; FIGUEIREDO, S. V.; SAMPAIO, R. L.; GONDIM, M. M. **Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências.** *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v.18 nº.1, jan-mar 2014.
37. PAESE, F.; DAL SASSO, T.G. T. M. **Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde.***Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v.22, nº2, p. 302-10, abr-jun 2013.

38. 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*. Ribeirão Preto, v.44, n.º.2, p. 287-94, 2010.
39. PARANAGUÁ, T. T. de B.; BEZERRA, A. L. Q.; SILVA, A. E. B. de C. e; AZEVEDO FILHO, F. M. de A. **Prevalência de incidentes sem dano e eventos adversos em uma clínica cirúrgica**. *Acta paul. Enferm.* São Paulo, v.26, n.º.3, 2013
40. PERGHER, A. K.; SILVA, R. C. L. da. **Tempo estímulo-resposta aos alarmes de pressão arterial invasiva: implicações para a segurança do paciente crítico**. *Rev. Gaúcha Enferm*, Porto Alegre, v.35 n.º.2, jun 2014.
41. PERRY, D. C.; SCOTT, S. J. **Identifying patient in hospital: are more adverse events waiting to happen?** *Saf Health Care*.v.16, n.º.21, p. 60, 2007. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2653157/>> Acesso em: mai-jun 2015.
42. PIRES, M. P. de O.; PEDREIRA, M. de L. G.; PETERLINE, M. A. S. **Cirurgia segura em pediatria**: elaboração e validação de checklist de intervenções pré-operatória. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 21, n.º 5, set-out 2013.
43. REBRAENSP. **Estratégias para a segurança do paciente: manual para profissionais da saúde**. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente, Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013. 132 p.
44. REIS, C. T.; MARTINS, M.; LAGUARDIA, J. **A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde**: um olhar sobre a literatura. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro,v.18, n.º.7, p. 2029-2036, 2013.
45. ROCHA, J. P.; SILVA, A. E. B. de C.; BEZERRA, A. L. Q.; SOUSA, M. R. G. de; MOREIRA, I. A. **Eventos Adversos identificados nos relatórios de enfermagem em uma clínica pediátrica**. *Ciencya y Enfermeria*, Concepción, v.20 n.º.2, ago 2014
46. ROQUE, K. E.; MELO, E. C. P. **Tempo de internação e a ocorrência de eventos adversos a medicamentos**: uma questão da enfermagem. *Esc. Anna Nery*,Rio de Janeiro, v.15, n.º.3, jul-set 2011.
47. ROZENFELD, S.; GIORDANI, F.; COELHO, S. **Eventos adversos a medicamentos em hospital terciário**: estudo piloto com rastreadores. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, v.47, n.º.6, p. 1102-11, 2013.
48. SILVA, A. E. B. de C.; CASSIANI, S. H. de B.; MIASSO, A. I.; OPITZ, S. P. **Problemas na comunicação: uma possível causa de erros de medicação**. *Acta paul. enferm.* [online], v.20, n.º.3, p. 272-276, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n3/a05v20n3.pdf>> Acesso em: mai-jun 2015.
49. SILVA, F. M.; PORTO, T. P.; ROCHA, P. K.; LESSMAN, J. C.; CABRAL, P. F. de A.; SCHNEIDER, K. L. K. **Higienização das mãos e a segurança do paciente pediátrico**. *Cienc. enferm.*, Concepcion, v.19, n.º.2, 2013.
50. SIQUEIRA, H. N., COSTA, M. M. de M.; OLIVEIRA, D. C. A. N. de; GOMES, S. M.; SOUSA, F. C. de; SANTOS, A. C. R. B. dos; CARVALHO, A. A.; LOPES, D. I. L. **A segurança do paciente cirúrgico na perspectiva da vigilância sanitária** – uma reflexão teórica. *Revista Vigilância Sanitária em Debate*. [online], v. 2, n.º. 2, p. 34-42, 2014. Disponível em: <<https://visaemdebate.incqs.fiocruz.br/index.php/visaemdebate/article/view/124/122>>. Acesso em: mar. 2015.
51. SOUZA, S. de; ROCHA, P. K.; CABRAL, P. F. de A.; KUSAHARA, D. M. **Utilização de estratégias de segurança na identificação da criança para administração de medicamentos**. *Acta Paul Enferm*,

- [online], v.27, n° .1, p. 6-11, 2014. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307030418003>>. Acesso em: mar-abr 2015.
52. SOUZA, M. T. de; SILVA, M. D. da; CARVALHO, R. de. **Revisão integrativa: o que é e como fazer.** Einstein. 2010. Disponível em: <http://astresmetodologias.com/material/O_que_e_RIL.pdf> Acesso em: abri. 2014.
53. TASE, T. H.; LOURENÇÃO, D. C. de A.; BIANCHINI, S. M.; TRONCHIN, D. M. R. **Identificação do paciente nas organizações de saúde: uma reflexão emergente.** *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v.34, n° .3, set 2013.
54. TEIXEIRA, T. C. A.; CASSIANI, S. H. de B. **Análise de causa raiz de acidentes por quedas e erros de medicação em hospital.** *Acta paulista Enfermagem*, São Paulo, vol.27 n° .2 São Paulo mar./apr. 2014
55. TRIBIÑO, G.; MALDONADO, C.; SEGURA, O.; DÍAZ, J. Costos directos y aspectos **clínicos de las reacciones adversas a medicamentos en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna de una institución de tercer nivel de Bogotá.** *Biomédica*, v.26, n° .1, p. 31-41, mar 2006.
56. TOMAZONI, A.; ROCHA, P. K.; SOUZA, S. de; ANDERS, J. C.; MALFUSSI, H. F. C. de. **Cultura de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva neonatal: perspectivas da equipe de enfermagem e médica.** *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.22, n° .5, p.755-63, set-out 2014.
57. VOLPE, C. R. G. **Eventos adversos no sistema de medicação: a magnitude do problema.** 2014. 169p. Tese (Doutorado) – Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2014.
58. VRIES, E.N.; RAMRATTAN, M.A.; SMORENBURG, S. M.; GOUMA, D. J.; BOERMEESTER, M.A. **The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review.** *Quality and Safety in Health Care*, v.17, p.216-223, 2008.

ANEXO 01 – Tabela com os descritores utilizados para busca

Base eletrônica de dados	Combinação de palavras	Números de produções
BVS	(tw:(segurança do paciente)) AND (tw:(sistema único de saúde)) AND (instance:"regional")	Encontradas: 44 Selecionadas: 01
BVS	(tw:(segurança do paciente)) AND (tw:(erros de medicação)) AND (instance:"regional")	Encontrados: 610 Selecionados: 05
BVS	(tw:(segurança do paciente)) AND (tw:(gerenciamento de riscos)) AND (instance:"regional")	Encontrados: 3.105 Selecionados: 02
BVS	(tw:(segurança do paciente)) AND (tw:(gerenciamento de segurança)) AND (instance:"regional")	Encontrados: 4.916 Selecionados: 11
BVS	(tw:(segurança do paciente)) AND (tw:(imperícia)) AND (instance:"regional")	Encontrados: 231 Selecionados: 01
BVS	(tw:(segurança do paciente)) AND (tw:(controle de risco)) AND (instance:"regional")	Encontrados: 2.903 Selecionados: 05
BVS	(tw:(segurança do paciente)) AND (tw:(qualidade da assistência à saúde)) AND (instance:"regional")	Encontrados: 1.680 Selecionados: 08
BVS	(tw:(segurança do paciente)) AND (tw:(infecção hospitalar)) AND (instance:"regional")	Encontrados: 306 Selecionados: 07
BVS	(tw:(segurança do paciente)) AND (tw:(úlceras por pressão)) AND (instance:"regional")	Encontrados: 67 Selecionados: 01

BVS	(tw:(segurança do paciente)) AND (tw:(prevenção & controle)) AND (instance:"regional")	Encontrados: 4.774 Selecionados: 09
BVS	(tw:(segurança do paciente)) AND (tw:(acidentes por quedas)) AND (instance:"regional")	Encontrados: 286 Selecionados: 02
BVS	tw:((tw:(segurança do paciente)) AND (tw:(dano ao paciente))) AND (instance:"regional")	Encontrados: 44 Selecionados: 03
BVS	(tw:(segurança do paciente)) AND (tw:(sistema único de saúde)) AND (instance:"regional")	Encontrados: 43 Selecionados: 01
BVS	(tw; segurança do paciente)) AND (tw; indicadores de qualidade em assistência à saúde)) AND (instance:"regional")	Encontrados: 339 Selecionados: 02
BVS	(tw:(segurança do paciente)) AND (tw:(antibioticoprofilaxia)) AND (instance:"regional")	Encontrados: 31 Selecionados: 01
BVS	(tw:(segurança do paciente)) AND (tw:(doença iatrogênica)) AND (instance:"regional")	Encontrados: 90 Selecionados: 04
BVS	(tw:(segurança do paciente)) AND (tw:(brasil)) AND (instance:"regional")	Encontrados: 280 Selecionados: 19
BVS	(tw:(segurança do paciente)) AND (tw:(erros médicos)) AND (instance:"regional")	Encontrados: 1.540 Selecionados: 04
BVS	(tw:(segurança do paciente)) AND (tw:(procedimentos cirúrgicos operatórios)) AND (instance:"regional")	Encontrados: 980 Selecionados: 04

BVS	(tw:(segurança do paciente)) AND (tw:(cuidados pré-operatórios)) AND (instance:"regional")	Encontrados: 326 Selecionados: 04
BVS	(tw:(segurança do paciente)) AND (tw:(cultura organizacional)) AND (instance:"regional")	Encontrados: 689 Selecionados: 03
BVS	(tw:(segurança do paciente)) AND (tw:(unidades de terapia intensiva)) AND (instance:"regional")	Encontrados:417 Selecionados: 01
BVS	(tw:(segurança do paciente)) AND (tw:(controle de infecções)) AND (instance:"regional")	Encontrados: 774 Selecionados: 17
BVS	(tw:(segurança do paciente)) AND (tw:(vigilância epidemiológica)) AND (instance:"regional")	Encontrados: 133 Selecionados: 01
BVS	(tw:(segurança do paciente)) AND (tw:(indicadores de qualidade em assistência à saúde)) AND (instance:"regional")	Encontrados: 341 Selecionados: 14
BVS	(tw:(segurança do paciente)) AND (tw:(educação em enfermagem)) AND (instance:"regional")	Encontrados: 828 Selecionados: 10
BVS	(tw:(segurança do paciente)) AND (tw:(avaliação em enfermagem)) AND (instance:"regional")	Encontrados: 956 Selecionados: 08
BVS	(tw:(segurança do paciente)) AND (tw:(sistemas de notificação de reações adversas a medicamentos)) AND (instance:"regional")	Encontrados: 106 Selecionados: 02

BVS	(tw:(segurança do paciente)) AND (tw:(higiene das mãos)) AND (instance:"regional")	Encontrados: 55 Selecionados: 05
BVS	(tw:(segurança do paciente)) AND (tw:(educação em saúde)) AND (instance:"regional")	Encontrados: 1.236 Selecionados: 04
bvs	(tw:(segurança do paciente)) AND (tw:(garantia da qualidade dos cuidados de saúde)) AND (instance:"regional")	Encontrados: 817 Selecionados: 02
BVS	(tw:(segurança do paciente)) AND (tw:(eventos adversos)) AND (instance:"regional")	Encontrados: 109 Selecionados: 15

ANEXO 02 - Instrumento de Coleta de Dados adaptado para Revisão Integrativa

A. IDENTIFICAÇÃO
Título do Artigo:
Autores:
Base de Dados:
Periódico:
País de publicação:
Idioma:
Ano de publicação:
B. CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO
Tipo de Estudo:
Objetivo Geral:
Publicação de Enfermagem? () Sim () Não
Publicação Médica? () Sim () Não
Publicação de outra área da saúde? () Sim () Não Qual?
Especialidade Médica:
Tem alguma relação com alguma das metas do PNSP? () Sim () Não
Se sim, Qual?
<ol style="list-style-type: none"> 1. () Identificação correta do paciente 2. () Melhorar a comunicação entre profissionais de saúde 3. () Melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos 4. () Assegurar a cirurgia em local de intervenção , procedimento e pacientes corretos 5. () Higienizar as mãos para evitar infecções 6. () Reduzir o risco de queda e úlceras por pressão
Resultados:
Conclusões: