



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Departamento de Saúde Coletiva

Segurança do Paciente: um olhar sobre a literatura

DISCENTE

Karina dos Santos Casado

ORIENTADOR

Geraldo Lucchese

BRASÍLIA – DF
2019

Segurança do Paciente: um olhar sobre a literatura

DISCENTE

Karina dos Santos Casado

ORIENTADOR

Geraldo Lucchese

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação apresentado ao Departamento de Saúde Coletiva, da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, como requisito para obtenção do título de bacharel em Saúde Coletiva.

BRASÍLIA – DF
2019

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	5
2. MÉTODO.....	8
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO	10
3.1. Eventos adversos	10
3.2. Cultura de segurança nos serviços de saúde	11
3.3. Metas internacionais de segurança do paciente	13
3.3.1. Identificação correta dos pacientes.....	13
3.3.2. Melhora na comunicação dos profissionais.....	13
3.3.3. Melhora na prescrição, uso e administração de medicamentos	14
3.3.4. Realização de cirurgia segura.....	14
3.3.5. Higienização das mãos.....	15
3.3.6. Reduzir o risco de quedas e lesão por pressão	15
4. CONSIDERAÇÕES SOBRE A REVISÃO	17
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	18
6. REFERÊNCIAS	19

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, gostaria de agradecer a Deus, que me deu e forças para chegar onde eu cheguei. Sei que sem Ele, grande parte disso não seria possível.

Agradeço a minha família, principalmente aos meus pais, Alessandro e Vanessa, por serem meus exemplos e por nunca deixar que eu desistisse, mesmo com as dificuldades. Agradeço também a minha irmã, Ana Luisa, por muitas vezes ter aguentado meu mau humor nos dias mais cansativos.

Também agradeço aos meus amigos, por toda paciência e motivação, mas em especial a Fúvia Esteves e Gabriely Mota, por serem meu apoio desde o início da graduação, esses anos não seriam os mesmos sem vocês.

Ao meu orientador Prof. Geraldo Lucchese, que com muita paciência me deu um norte em vários aspectos, por sua dedicação às orientações, apesar do tempo breve. A esta Universidade, em especial ao corpo docente do curso de Saúde Coletiva, pelos professores maravilhosos que tive neste tempo.

Por fim, agradeço a todos que, de forma direta ou indireta, fizeram parte da minha jornada durante todos esses anos, e colaboraram para que eu concluísse a minha graduação. Muito obrigada!

1. INTRODUÇÃO

A segurança do paciente se tornou uma agenda de saúde, quando começou um grande registro de ocorrência de eventos adversos (EAs), ou seja, um grande número de lesões ou danos ao paciente decorrentes do cuidado em saúde.

Em 1999, com a publicação do relatório **“To Err is Human”** (Errar é humano), do Instituto de Medicina dos Estados Unidos (EUA), houve uma sensibilização para as questões referentes à segurança do paciente. Um dos fatores que mobilizou essa discussão, foi a constatação de que a ocorrência de EAs não envolve somente cuidados em saúde, envolve também custos sociais e econômicos consideráveis, podendo acarretar danos irreversíveis aos pacientes e seus familiares. O relatório do Instituto de Medicina estimou a ocorrência de 44 a 98 mil óbitos a cada ano, nos EUA, decorrentes de EAs. A prática insegura ainda tende a persistir nos processos assistenciais e administrativos das instituições de saúde no mundo todo. (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013)

Ao observar o agravamento da situação, a Organização Mundial de Saúde (OMS) criou em 2004 a Aliança Mundial pela Segurança do Paciente (*World Alliance for Patient Safety*), que passou a se chamar Programa de Segurança do Paciente (Patient Safety Program) cujo os objetivos eram, entre outros, organizar os conceitos e as definições sobre segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e minimizar os eventos adversos.(BRASIL, 2014)

No que diz respeito às ações para reduzir os riscos e minimizar os EAs, a OMS deu prioridade a duas, que foram denominadas de desafios globais: reduzir a infecção associada ao cuidado em saúde, por meio da campanha de higienização das mãos; e promover uma cirurgia mais segura, pela adoção de uma lista de verificação antes, durante e depois do ato cirúrgico. (BRASIL, 2014)

Em abril de 2013, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 529, 01 de abril de 2013, que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), tornando-se um tema prioritário nas agendas de gestores e profissionais de saúde.

Pensando na vigilância sanitária, ela pode ser vista como uma intervenção do Estado que visa promoção da saúde, por meio da regulação de atividades do interesse sanitário, atividades, lugares que interferem no meio individual e coletivo. O reconhecimento da vigilância sanitária como um conjunto de ações de promoção e prevenção da saúde é fundamental para compreender a sua inserção na saúde pública. (SILVA; COSTA; LUCCHESI, 2018)

O Sistema Único de Saúde pode utilizar dos instrumentos da vigilância sanitária para melhorar em diversos aspectos a sua gestão, como por exemplo, a relação dos serviços de saúde prestados à população que são fiscalizados por este órgão.

Dentro das atribuições de fiscalização da vigilância sanitária, está o controle sanitário nos serviços relacionados à saúde, como: hospitais, clínicas médicas e odontológicas, laboratórios, etc.

Em busca de fortalecer a vigilância e o monitoramento dos incidentes relacionados a assistência à saúde, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) disponibilizou em 2015 o Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde - Monitoramento e Investigação de Eventos Adversos e Avaliação de Práticas de Segurança do Paciente. Este Plano tem o intuito de identificar e minimizar os riscos, tendo em vista a prevenção de danos aos pacientes que se encontram nos serviços de saúde. (BRASIL, 2016)

O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) é a instância do serviço de saúde que foi criada com o objetivo de amparar e contribuir com ações focadas na segurança do paciente, o que o torna de extrema importância na busca por uma melhor condição nos serviços oferecidos no setor saúde. (SILVA et al., 2017)

O funcionamento do NSP é contemplado pela Resolução da Diretoria Colegiada nº 36, de 25 de julho de 2013 e cabe ao órgão de vigilância sanitária local (municipal, estadual ou distrital) a fiscalização do cumprimento dos regulamentos sanitários que estiverem em vigor. A não estruturação do NSP nos serviços que são obrigatórios, constitui-se infração sanitária. (ANVISA, 2016)

A direção da instituição deve nomear os membros do NSP. No documento da nomeação, deve estar explícito que a instituição concede ao Núcleo, autonomia para desenvolver as atividades referentes à segurança do paciente, trabalhando também com outros profissionais e setores dentro da instituição.

Após um período de estágio supervisionado na Diretoria de Vigilância Sanitária (DIVISA), acompanhando o trabalho de inspeção da Gerência de Riscos em Serviços de Saúde (GRSS), que fiscaliza o cumprimento da regulamentação sanitária, além de orientar e monitorar os estabelecimentos que prestam serviços à saúde no Distrito Federal, no que diz respeito às ações de controle de infecções relacionadas à assistência à saúde, segurança do paciente e outros componentes, observou-se que a segurança do paciente é um tema de extrema relevância para a saúde e precisa ser melhor explorado, principalmente pelos acadêmicos de Saúde Coletiva.

O que me despertou para este tema, foi perceber o quanto ele é importante para a saúde e como ele vem crescendo, apesar de ser um tema discutido a muito tempo, só agora ele vem ganhando uma maior visibilidade e merece ser estudado, levando em consideração sua relevância pra os profissionais e os usuários do sistema de saúde.

O objetivo desta revisão é identificar as principais causas dos efeitos adversos e as principais diretrizes delineadas para uma ação efetiva na segurança do paciente.

2. MÉTODO

Trata-se de uma abordagem qualitativa, por meio de uma revisão bibliográfica acerca de temas relevantes sobre a cultura da segurança do paciente e fatores que implicam em desafios e êxitos.

A pesquisa bibliográfica realiza-se a partir da análise de registros disponíveis, que decorreram de pesquisas anteriores disponibilizados em livros, artigos, entre outros, por meio físico ou eletrônico. Os textos se tornam fonte de pesquisa e são analisados conforme os dados publicados pelos autores. (SEVERINO, 2007)

Este tipo de revisão tem uma temática mais aberta e tem a finalidade de sintetizar um assunto ou referencial teórico para promover compreensão, entendimento de uma questão e incorporação das evidências, trazendo para a realidade em que ela acontece. Permite ainda, fazer a síntese de múltiplos estudos publicados a respeito de um determinado assunto, além de possibilitar conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo. (CORDEIRO, et al., 2007)

Foi feita uma busca ativa nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Literatura Latino-Americana de Ciências da Saúde (LiLACS), também foram consultados documentos do Ministério da Saúde e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). A data inicial de busca não foi limitada e a data final foi 21 de junho de 2019. Pretende-se com essa pesquisa perceber o contexto atual da segurança do paciente, bem como a evolução da discussão do tema.

Primeiramente, foi realizada a leitura do título da publicação, seguida pela leitura criteriosa do resumo. Nos casos em que o título e o resumo não foram suficientes para definir a temática pesquisada, buscou-se a publicação completa, de forma que se pudesse elencar os artigos que respondessem ao objetivo da pesquisa.

Para selecionar o material, foi utilizado o método leitura flutuante, onde o pesquisador precisa ter um contato exaustivo com o material, pois aos poucos a leitura vai se tornando mais precisa observando a pertinência dos artigos em relação ao tema proposto. (SILVA; ASSIS, 2010)

Foram selecionados artigos completos, disponibilizados de forma gratuita em língua portuguesa, nas bases de dados citadas. Foram selecionados o total 25 arquivos referente aos descritores: segurança do paciente e eventos adversos. Ao finalizar as pesquisas em cada base, artigos não associados ao tema e as referências duplicadas foram excluídas.

Todos os artigos foram lidos, analisados e devidamente citados no trabalho, bem como nas referências bibliográficas. A apresentação dos resultados e análise dos dados obtidos foi feita de forma descritiva.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise do material bibliográfico, direcionou a organização do artigo por temas e tomou as definições, as metodologias e os achados descritos nos artigos como aspectos importantes a serem avaliados na revisão.

3.1. Eventos adversos

É possível verificar na literatura múltiplas abordagens à temática da segurança do paciente, as quais apresentam em comum questões estritamente relacionadas às políticas de qualidade em saúde. Nesse sentido, a qualidade em saúde é pautada por perceber se os serviços prestados ao paciente possibilitam uma menor ocorrência de resultados desfavoráveis, no contexto da segurança do paciente denominado eventos adversos (EAs).

Gallotti (2004, p. 114) define Eventos Adversos:

Eventos adversos (EAs) são definidos como complicações indesejadas decorrentes do cuidado prestado aos pacientes, não atribuídas à evolução natural da doença de base. [...] Cabe ressaltar que 50% a 60% dos EAs são considerados passíveis de prevenção. Em geral, a ocorrência destes eventos inesperados não acarreta danos importantes aos pacientes. Entretanto, incapacidade permanente e óbito podem ocorrer.

Um dos estudos aponta que dentre os EAs os erros de dose de medicamentos são um dos problemas mais frequentes, interferindo na qualidade da assistência prestada aos pacientes que se encontram internados. Esse risco cresce na medida em que os profissionais de saúde não são capazes de ler corretamente as prescrições, resultando em confusão durante a dispensação, distribuição, preparo e administração. (SILVA et al., 2016)

As falhas de comunicação interprofissionais foi mencionada pelos profissionais de saúde como o motivo pelo qual o evento adverso que ocorre constantemente, sendo também o mais notificado. A comunicação é imprescindível para a segurança do paciente e uma falha de comunicação pode causar graves brechas na continuidade de cuidados e no tratamento adequado, intensificando os

EAs. Não são somente os aspectos profissionais, culturais e organizacionais são impeditivos da notificação dos eventos adversos, mas também questões estruturais da prática clínica como sistemas de segurança, regulamentos e procedimentos. (LIMA et al., 2018)

A partir do momento que ocorre o evento adverso, é necessário que seja notificado. A notificação desses eventos se tornou um importante instrumento para o aperfeiçoamento da qualidade do sistema de saúde. As notificações devem ser feitas ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), por meio do Notivisa 2.0. O sistema de notificação identifica os principais eventos e auxilia na elaboração de às ações para melhorar segurança do paciente. Infelizmente, existe um grande número de subnotificação o que camufla a totalidade dos eventos adversos. (ARAÚJO; CARVALHO, 2018)

Apesar dos avanços no sistema de saúde brasileiro como a cobertura universal de vacinação e o sistema nacional de transplantes, a alta incidência de eventos adversos relacionados a medicamentos, infecções hospitalares, conduta profissional e outros motivos, gera uma grande preocupação. Sendo assim, é importante conhecer a realidade do trabalho, estimular a participação das pessoas e pensar em estratégias a fim de gerenciar os riscos, visando minimizar as ocorrências de eventos adversos aos usuários dos serviços de saúde.

3.2. Cultura de segurança nos serviços de saúde

Segundo a RDC n°. 36/2013, a cultura de segurança é definida como “conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde”

A cultura de segurança, incentiva os profissionais a se tornarem responsáveis por seus atos e a desenvolverem um novo olhar sobre os eventos adversos, mas em contrapartida é importante ter um olhar imparcial e o abandono de práticas punitivas e de culpabilização dos profissionais que causam algum evento adverso sem

intenção. Dessa forma, busca-se tentar modificar a representação social de que os profissionais de saúde não cometem erros. (SOUZA et al., 2019)

A carência de suporte das lideranças no serviço tem sido apontada como ameaça à segurança do paciente, pois, para o desenvolvimento de uma cultura de segurança todos os participantes de um sistema/serviço de saúde devem compreender e se comprometer com os fatores que determinam a segurança do paciente, desde a gerência até os demais profissionais. (ABREU et al., 2019)

A melhoria e manutenção da cultura de segurança nos serviços de saúde, podem ser alcançadas por meio de: desenvolvimento de sistemas de liderança, onde os líderes precisam estar envolvidos no processo de criar e transformar a cultura de segurança do paciente, juntamente com os outros profissionais; realização regular de avaliação da cultura de segurança, através questionários validados, sendo que os resultados devem ser divulgados aos profissionais e gestores; promover o trabalho em equipe que contribua para a construção de habilidades profissionais e melhoria dos desempenhos das equipes; identificação e diminuição de riscos, relacionados com a segurança do paciente, focando na redução dos danos preveníveis. (BRASIL, 2016)

A literatura enfatiza a necessidade de uma cultura de segurança justa nas organizações de saúde, onde não haja punição para os erros, mas sim para condutas inoportunas. As instituições, precisam se dispor a fazer um investimento de recursos na criação de uma cultura de segurança, fundamentalmente em recursos humanos que assegurem um correto desenvolvimento dos processos assistenciais, sem esquecer os investimentos na melhoria de estruturas e instalações. Precisa-se criar uma cultura que estimule as pessoas a conversarem sobre as falhas ocorridas, analisar as situações as quais as precederam, identificando os pontos frágeis do sistema para que esses sejam reparados. (ROMERO et al., 2018)

3.3. Metas internacionais de segurança do paciente

As diretrizes para promover a segurança e evitar a ocorrência de eventos adversos estão reunidos nos Protocolos Básicos para a Segurança do Paciente, que correspondem às metas internacionais de segurança do paciente e são voltados à identificação correta do paciente, melhorar a comunicação dos profissionais, melhorar a segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, realização de cirurgia segura, higienização das mãos e reduzir o risco de quedas e lesão por pressão. Estes documentos são direcionados para todos os serviços de saúde. (PAIXÃO et al., 2018)

3.3.1. Identificação correta dos pacientes

A identificação do paciente, desde a sua admissão, é importante para evitar a ocorrência de incidentes. Sua principal finalidade é garantir que o cuidado seja direcionado ao paciente correto, com o objetivo de evitar a ocorrência de eventos adversos. Nesse sentido, a identificação do paciente é de suma importância, pois, no caso de erro inicial na identificação, o fim da assistência tenderá à ocorrência de algum resultado indesejado, causando impacto à saúde do paciente. (BERNAL et al., 2019)

Para assegurar que todos os pacientes sejam identificados corretamente, é necessário usar pelo menos dois identificadores na pulseira (nome completo, data de nascimento, etc.), colocada num membro do paciente para que seja conferida com atenção antes de qualquer procedimento.

3.3.2. Melhora na comunicação dos profissionais

Uma organização é constituída das relações entre as pessoas, pelas formas de comunicação formais e informais e pelos processos de trabalho por categorias profissionais bem como sua interdisciplinaridade. Dentro de um serviço de saúde é necessário a criação de uma cultura de comunicação, na qual seja possível uma liberdade de apresentação de problemas entre pessoas de diferentes graus de

subordinação. A partir deste ponto, as instituições precisam criar novas estratégias, tendo a comunicação, o trabalho em equipe e o treinamento como alicerces para otimizar resultados e fortalecer os sistemas da segurança do paciente, prevenindo riscos. (MORETÃO, 2019)

É importante ressaltar como a capacitação é importante nesse contexto, porque não é apenas um treinamento avulso, o profissional precisa se sentir capaz de colocar em prática o que ele aprendeu.

3.3.3. Melhora na prescrição, uso e administração de medicamentos

O erro de medicação é definido como qualquer evento que pode ser evitado em qualquer fase da terapia medicamentosa. Já os eventos adversos a medicamentos (EAM) são qualquer dano ou lesão causada ao paciente pela intervenção medicamentosa. Os erros de medicação podem prolongar o tempo de permanência dos pacientes nos serviços de saúde, o que está intimamente associado ao aumento de custos. Sendo assim, é importante alargar os conhecimentos sobre os efeitos dos medicamentos. Nesse contexto, é indispensável a utilidade da farmacovigilância e da disseminação das informações para conhecimento de todos, principalmente dos profissionais. (VILELA et al., 2018)

3.3.4. Realização de cirurgia segura

A cirurgia segura, é uma lista de verificação composta por etapas a serem seguidas pelos profissionais, com a finalidade de minimizar ocorrência de danos ao paciente. Recomenda-se, que a equipe cirúrgica esteja atenta a pequenas ações que, em seu conjunto, são essenciais para a segurança do procedimento cirúrgico. Por outro lado, o esquecimento ou a não observância destas ações podem impactar de forma negativa, levando à ocorrência de eventos adversos, como cirurgia no paciente errado - quando não se atenta a identificação do paciente - procedimento cirúrgico errado, dentre outros. Nesse sentido, o uso do checklist é indispensável para identificar precocemente as possíveis falhas nos diferentes momentos de uma cirurgia, apresentando impacto direto na redução de eventos adversos. (SOUZA; RIBEIRO, 2017)

Um outro fator relevante, é a quantidade de horas trabalhadas do profissional que está realizando o cuidado. Por já ter feito o procedimento muitas vezes, o mesmo tende a ser mecânico no preenchimento do checklist, sem dar a devida atenção. Ou até mesmo ser muito confiante na sua prática, por ser experiente. Isso também ocasiona eventos adversos e precisa ser observado com cuidado e todos os profissionais envolvidos devem trabalhar em equipe.

3.3.5. Higienização das mãos

A adesão do profissional ao procedimento de higienização das mãos na sua rotina é frequentemente associada a práticas seguras do cuidado à saúde. Sendo assim, essencial a prática de higienização das mãos pelos profissionais da área da saúde com o intuito de evitar e reduzir infecções. A fim de orientar os profissionais de saúde sobre a melhor forma de higienização das mãos e prevenir a transmissão de microrganismos, em 2013 a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) estabeleceu o Protocolo para a Prática de Higienização das Mãos em Serviços de Saúde, o qual apresenta a técnica adequada e cinco momentos em que devem higienizar as mãos: “antes do contato com o paciente”, “antes da realização de procedimentos”, “após o risco de exposição a secreções e fluidos corporais”, “após contato com o paciente” e; “após o contato com áreas próximas ao paciente. (RAIMONDI et al., 2017)

3.3.6. Reduzir o risco de quedas e lesão por pressão

Com a hospitalização, pelo fato dos pacientes se encontrarem em ambiente desconhecido, serem portadores de doenças que predispõem à queda, sendo também submetidos aos múltiplos procedimentos terapêuticos e múltiplas prescrições medicamentosas, o risco de queda é aumentado. A avaliação do risco de queda, deve ser feita no momento da admissão do paciente e deve ser realizada diariamente com o emprego de escala adequada ao perfil de pacientes da instituição. (REINIACK et al., 2017)

Além do risco de queda, o paciente que está internado também pode desenvolver uma lesão por pressão, é uma lesão de pele, resultante de uma necrose no tecido como resultado de pressão ou pressão com fricção, podendo ocorrer em pele íntegra ou como úlcera aberta. É imprescindível, que o profissional de saúde atue com o objetivo de prevenir o surgimento das LP. Para isso, o profissional pode utilizar recursos como instrumentos padronizados que possibilitam a identificação de pacientes mais propícios a desenvolver uma LP e elaborar medidas preventivas, contribuindo para a manutenção do estado de saúde do paciente. (VIEIRA et al., 2018)

4. CONSIDERAÇÕES SOBRE A REVISÃO

O número de publicações sobre segurança do paciente tem crescido. Diversos fatores têm levado a isso, como por exemplo, o grande número de ocorrência de eventos adversos por causas evitáveis.

Após a leitura dos artigos, é possível perceber que grande parte dos problemas acontecem por uma dificuldade profissional. Os estudos, em sua maioria, relatam bem sobre como a comunicação é peça fundamental para a melhoria da segurança do paciente. Além disso, precisa existir uma motivação do profissional, que muitas vezes não a tem por falta de estrutura, recursos humanos, ou exerce aquela função apenas por fins de remuneração.

Em adição, a falta de apoio das lideranças é uma ameaça à segurança do paciente, porque para o desenvolvimento de uma cultura de segurança, todos os profissionais que fazem parte do sistema devem se comprometer com a causa.

A ocorrência dos erros foi atribuída pelos profissionais de saúde tanto a falhas individuais quanto a falhas do sistema, mas o que é evidente nos estudos é que alguns profissionais apresentam dificuldade em aceitar a existência de erros, negando sua ocorrência por medo de punição.

Um outro fator perceptível é a falta de retorno para o profissional. Cada instituição tem uma forma de trabalhar e aplicar as metas, mas é de suma importância que se divulgue os indicadores, para que assim o profissional perceba onde pode melhorar, para que se diminua a ocorrência de eventos adversos, tendo uma melhor gestão do risco.

É necessário um movimento de tomada de consciência, tanto das lideranças, quanto dos profissionais de saúde, sobre a atual situação da segurança do paciente, visto que a ocorrência de EAs ainda é responsável por situações de óbitos e danos que acontecem nos serviços de saúde de todo o mundo. É urgente a criação de políticas e programas mais consistentes, de forma que abarque a real necessidade do serviço, bem como melhore as práticas de forma efetiva, a fim de minimizar ou mesmo reverter esta situação.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A segurança do paciente tem sido objeto de estudos em todo o mundo e é utilizada para verificar onde se pode intervir para melhorar a segurança visando fortalecer sua cultura.

A qualificação profissional e a capacitação, são instrumentos importantes para alcançar a realização das metas. O profissional precisa se sentir parte do processo e estar comprometido com o cuidado a fim de mitigar os eventos adversos.

Para que ocorra a melhoria da segurança do paciente, é de extrema importância que as instituições de saúde criem uma política institucional de cultura de segurança, observando o que funciona ou não com os profissionais que nela atuam.

A revisão sobre este tema mostrou um grande número de estudos de natureza quantitativa, com o uso de diversos instrumentos, que geram indicadores capazes de mostrar o retrato daquele momento e o que se pode melhorar. No entanto, apesar desses estudos serem extremamente relevantes, ainda existe a necessidade de que sejam realizados estudos de natureza qualitativa, para que assim se possa compreender com profundidade outros aspectos sobre esse tema, mostrando que ele é muito mais do que quantidade de notificação de eventos adversos, mas que parte principalmente de uma cultura do cuidado, comprometimento, ética profissional e humanização, levando assim a uma melhora da segurança do paciente.

Este estudo pode ainda contribuir para se obter um panorama geral sobre a problemática da segurança do paciente.

6. REFERÊNCIAS

ABREU, Ingrid Moura de et al. Cultura de segurança do paciente em centro cirúrgico: visão da enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s.l.], v. 40, n. , p.1-8, 8 abr. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180198>.

ARAÚJO, Isabella Sanches de; CARVALHO, Rachel de. Eventos adversos graves em pacientes cirúrgicos: ocorrência e desfecho. **Revista Sobecc**, São Paulo, v. 23, n. 2, p.77-83, abr. 2018.

BERNAL, Suelen Cristina Zandonadi et al. Práticas de identificação do paciente em unidade de terapia intensiva pediátrica. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 23, n. 3, p.1-9, 21 jan. 2019.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde**. Brasília: ANVISA, 2016. (Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde, v. 6).

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente** Brasília, DF, 2014.

CORDEIRO¹, Alexander Magno et al. Revisão sistemática: uma revisão narrativa. 2007.

GALLOTTI, Renata Mahfuz Daud. Eventos adversos: o que são?. **Revista da Associação Médica Brasileira**, [s.l.], v. 50, n. 2, p.114-114, abr. 2004. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-42302004000200008>.

KOHN, Linda T. et al. **To err is human: building a safer health system**. Washington, DC: National academy press, 2000.

LIMA, Sônia et al. Health professionals' perception of the limitations to the notification of the error/adverse event. **Revista de Enfermagem Referência**, [s.l.], v. , n. 19, p.99-106, 26 dez. 2018. Health Sciences Research Unit: Nursing. <http://dx.doi.org/10.12707/riv18023>.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & contexto enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

MORETÃO, Diene Ines Carvalho. **A cultura de segurança do paciente em unidades cirúrgicas de um hospital de ensino da rede pública de saúde**. 2019. 137 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2019.

PAIXÃO, Danieli Parreira da Silva Stalysz et al. Adesão aos protocolos de segurança do paciente em unidades de pronto atendimento. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 71, p. 577-584, 2018.

RAIMONDI, Daiane Cortêz et al. Higienização das mãos: adesão da equipe de enfermagem de unidades de terapia intensiva pediátricas. **Revista Cuidarte**, [s.l.], v. 8, n. 3, p.1839-1848, 1 set. 2017. Universidad de Santander - UDES. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v8i3.437>.

REINIACK, Suelen et al. Notificação de queda do paciente cirúrgico antes e após treinamento em serviço. **Cogitare Enfermagem**, [s.l.], v. 22, n. 1, p.1-8, 13 mar. 2017. Universidade Federal do Paraná. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i1.47656>.

REIS, Cláudia Tartaglia; MARTINS, Mônica; LAGUARDIA, Josué. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. **Ciência & saúde coletiva**, v. 18, p. 2029-2036, 2013

ROMERO, Manuel Portela et al. A segurança do paciente, qualidade do atendimento e ética dos sistemas de saúde. **Revista Bioética**, [s.l.], v. 26, n. 3, p.333-342, dez. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422018263252>.

SILVA, Andréia Cristina Araújo et al. A segurança do paciente em âmbito hospitalar: revisão integrativa da literatura. **Cogitare Enfermagem**, Teresina, v. 21, n. , p.01-09, jun. 2016.

SILVA, Amanda Cristina Martins Reis et al. A importância do núcleo de segurança do paciente: um guia para implantação em hospitais. **Revista Educação, Meio Ambiente e Saúde**, Manhuaçu, v. 7, n. 1, p.87-109, jan. 2017.

SILVA, José Agenor Alvares da; COSTA, Ediná Alves; LUCCHESI, Geraldo. SUS 30 anos: Vigilância Sanitária. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 23, n. 6, p.1953-1961, jun. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.04972018>.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico**. Cortez editora, 2017.

DE SOUZA SILVA, João Roberto; DE ASSIS, Silvana Maria Blascovi. Grupo focal e análise de conteúdo como estratégia metodológica clínica-qualitativa em pesquisas nos distúrbios do desenvolvimento. **Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, v. 10, n. 1, 2010.

SOUZA, Catharine Silva de et al. Cultura de segurança em unidades de terapia intensiva: perspectiva dos profissionais de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s.l.], v. 40, n. , p.1-9, 8 abr. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180294>.

SOUZA, Gisele Silva Lopes; RIBEIRO, Mara Regina Rosa. Construção de manual sobre cirurgia segura para profissionais de saúde. **Cogitare Enfermagem**, [s.l.], v. 22, n. 1, p.1-5, 27 jan. 2017. Universidade Federal do Paraná. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i1.46435>.

VIEIRA, Vanete Aparecida de Souza et al. Risco de lesão por pressão em idosos com comprometimento na realização de atividades diárias. **Revista de Enfermagem do Centro-oeste Mineiro**, São João Del-rei, v. 8, n. 2599, p.1-9, mar. 2018.

VILELA, Renata et al. Custo do erro de medicação e eventos adversos à medicação na cadeia medicamentosa: uma revisão integrativa. **Jornal Brasileiro de Economia da Saúde**, [s.l.], v. 10, n. 2, p.179-189, ago. 2018. Jornal Brasileiro de Economia da Saúde. <http://dx.doi.org/10.21115/jbes.v10.n2.p179-189>.