



**FACULDADE DE SETE LAGOAS - FACSETE**

**Ana Cristina Ferreira Ribeiro**

**SEGURANÇA DO PACIENTE:**  
recomendações do Ministério da Saúde e da literatura

**SETE LAGOAS**

**2018**



## **FACULDADE DE SETE LAGOAS - FACSETE**

Ana Cristina Ferreira Ribeiro

### **SEGURANÇA DO PACIENTE:**

recomendações do Ministério da Saúde e da literatura

Artigo Científico apresentado ao Curso de Especialização Lato Sensu da Faculdade de Sete Lagoas – FACSETE, como requisito parcial para a conclusão do Curso de Auditoria em Saúde.

Área de Concentração: Saúde

Orientador: Prof. Ms Valeska de Mello Pincer

**SETE LAGOAS  
2018**

## RESUMO

A segurança do paciente é um princípio fundamental da assistência à saúde e da gestão da qualidade, motivo pelo qual devem ser adotadas ações para a melhoria do desempenho das instituições de assistência à saúde. O objetivo do estudo foi relatar sobre as estratégias de segurança do paciente recomendadas na literatura e na legislação, por meio dos protocolos do Ministério da Saúde, visando a redução de eventos adversos no âmbito da assistência à saúde. A pesquisa foi classificada como revisão de literatura sistemática, sendo ainda, classificada como descritiva e bibliográfica. Foram selecionadas para análise 20 publicações no período de 2011 a 2017. Os resultados da pesquisa evidenciaram que os eventos adversos continuam a ocorrer com elevada frequência, sendo, inclusive, contribuintes nos óbitos registrados. Outro aspecto importante é que nem todas as instituições contam com protocolos de segurança do paciente, conforme preconiza a literatura, a Organização Mundial de Saúde e o Ministério da Saúde. Ainda, as falhas nas notificações e a baixa qualidade dos prontuários, com registros incompletos e inadequados, contribuem para dificultar o controle e a prevenção de eventos adversos, sugerindo a ocorrência de subnotificação.

Palavras-chave: Eventos adversos. Segurança do Paciente. Protocolos.

## **SUMÁRIO**

### **1 INTRODUÇÃO**

#### **1.1 SEGURANÇA DO PACIENTE**

1.1.1 Eventos adversos e segurança do paciente

1.1.2 Legislação brasileira sobre segurança do paciente

#### **1.2 JUSTIFICATIVA**

#### **1.3 OBJETIVOS**

### **2 DESENVOLVIMENTO**

#### **2.1 MATERIAL E MÉTODOS**

#### **2.2 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

2.2.1 Infecções relacionadas à assistência à saúde

2.2.2 Úlceras por pressão

2.2.3 Cirurgia segura

2.2.4 Quedas

2.2.5 Identificação do paciente

2.2.6 Prescrição de medicamentos

### **3 CONCLUSÕES**

### **REFERÊNCIAS**

## 1 INTRODUÇÃO

Desde 1950 a literatura tem abordado a ocorrência de eventos adversos (EA) na assistência à saúde, porém, com discrição. Somente em 1999, com a publicação dos resultados relacionados à prática médica, reunidos no livro *To err is human: building a safer health system*, a sociedade realmente assumiu a necessidade de discutir esses eventos e adotar medidas para sua redução (*WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO*, 2005).

De acordo com a referida publicação, estudos evidenciaram que nos hospitais públicos do Colorado e Utah ocorreram EA em 2,9% da população hospitalizada, enquanto em New York esse percentual se elevou para 3,7%. Ao serem extrapolados para os mais de 33,6 milhões de hospitalizações ocorridas nos Estados Unidos da América (EUA), há estimativas, segundo o estudo do Colorado e Utah, de que, no mínimo, 44.000 pacientes vão a óbito por erros médicos, enquanto em New York esse número atinge 98.000. Outros dados indicam que o número de mortes anuais por erros médicos podem ser mais elevados do que aquelas ocorridas por acidentes de avião, câncer de mama ou pela *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS). Os erros de medicação extrapolam o âmbito hospitalar, representando cerca de sete mil mortes por ano (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

Além disso, os custos totais de EA evitáveis são estimados entre US\$17 bilhões e US\$29 bilhões, uma vez que estes implicam em lesões, deficiências e óbitos, como ainda, na perda de confiança nos profissionais e nas instituições de assistência à saúde, aumentam a insatisfação dos usuários dos serviços, promovendo significativas perdas de credibilidade e financeiras (WHO, 2005).

Essa publicação, além de outros estudos realizados em diferentes países, geraram dados preocupantes, pois, houve demonstração de que parte significativa desses EA poderiam ter sido evitados se tivessem sido desenvolvidas ações voltadas para a segurança do paciente (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000; WHO, 2005).

Uma importante advertência da *Organización Mundial de la Salud* (OMS, 2008) é de que não se tem conhecimento da extensão desse tipo de evento e dos danos por eles causados nos países em desenvolvimento, devido a práticas inseguras, tais como o uso de material reutilizado, material não esterilizado e de insumos, materiais e equipamentos contaminados. A atenção insegura gera, entre

outros, aumento dos custos adicionais de assistência médica e hospitalização, bem como, ações judiciais, entre outras consequências, cuja estimativa pode variar entre US\$6 bilhões e US\$29 bilhões ao ano.

Esse cenário levou ao reconhecimento de que a falta de segurança do paciente tornou-se um problema de saúde pública mundial. Diante de tal situação, a *World Health Organization* (WHO, 2005), visando promover esforços globais para melhorar a segurança dos cuidados a pacientes no âmbito de todos os seus Estados Membros, criou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, em 2004.

## 1.1 SEGURANÇA DO PACIENTE

A segurança do paciente é um princípio fundamental da assistência à saúde e da gestão da qualidade, motivo pelo qual devem ser adotadas ações para a melhoria do desempenho das instituições de assistência à saúde. Entre essas ações pode-se citar o controle de infecção, a utilização segura de medicamentos, a segurança dos equipamentos, a prática clínica segura e a segurança do ambiente de cuidado (WHO, 2005).

Um dos aspectos que assume relevância se refere à organização e cultura da instituição, que pode não atribuir a devida importância ao risco inerente à atividade desempenhada, favorecendo a manutenção de situações propícias a erros e a falhas, aumentando, assim, o risco para a ocorrência de EA (ANVISA, 2013b).

Assim, é importante considerar que

[...] algumas instituições estão mais propensas de serem acometidas por danos que outras. Essa maior predisposição é devida à 'Síndrome do Sistema Vulnerável', composta por três elementos que se auto alimentam, quais sejam, a atribuição da culpa aos indivíduos da linha de frente, a negação da existência de erros sistêmicos que causam seu enfraquecimento e a perseguição cega por indicadores financeiros e de produção. Esses elementos, ainda, cooperam para consolidar a conotação negativa do dano direcionando o 'ato inseguro' para o comportamento do profissional.

A maioria das investigações é interrompida nessa fase que, ao depositar a 'culpa' no profissional ou na própria vítima, impossibilita a correta investigação da causa-raiz do dano e inviabiliza a adoção de estratégias preventivas eficientes e eficazes (ANVISA, 2013b, p. 15).

Para a implementação de ações corretivas é importante que as instituições consigam identificar os fatores contribuintes para as falhas na assistência, que

colocam em risco a segurança do paciente. Entre essas medidas há sugestões para a adoção de procedimentos operacionais padrão (POP), protocolos e diretrizes, atualização constante, comunicação efetiva, segurança no uso de medicamentos e participação do paciente nas ações de cuidado à saúde (WHO, 2010).

A WHO (2010) adverte que as instituições de assistência à saúde podem encontrar dificuldades em identificar os aspectos que contribuem para gerar falhas na assistência e, também, para avaliar sua ocorrência e importância em relação aos EA. A recomendação do órgão é que essas instituições devem atuar sob a premissa de que são passíveis de erro e as chances dessas ocorrências são reais. Esse aspecto se relaciona a uma cultura que precisa ser desenvolvida em toda a organização, treinando os profissionais para lidar com o erro, para reconhecer sua gravidade e identificar o momento de pedir ajuda para sua solução. Ainda de acordo com a WHO (2010), aprender com os erros cometidos permitirá o desenvolvimento de uma cultura de não aceitação do erro, favorecendo a prevenção e o rigor na análise de situações que podem gerar falhas e dos fatores contribuintes para sua ocorrência.

Evento adverso (EA) é aquele que ocorre durante a assistência e, por falha ou erro, resulta em dano ou lesão ao paciente. Os principais tipos de EA a que os pacientes são expostos no ambiente de cuidados de saúde se relacionam a erros na identificação, falhas de comunicação, erros de medicação, erros em procedimentos cirúrgicos, infecções associadas ao cuidado, uso de equipamentos e dispositivos, lesões de pele e quedas de pacientes (ANVISA, 2013a).

As falhas na identificação do paciente podem gerar erros na administração de medicamentos, de sangue e hemoderivados, exames e procedimentos cirúrgicos, entre outros (ANVISA, 2013a).

As falhas de comunicação podem ocorrer devido a prescrições e/ou ordens verbais, informações referentes a resultados de exames, falhas na redação ou letra ilegível em prescrições e/ou solicitações de exames, uso de siglas ou abreviaturas não padronizadas na instituição e falhas nas informações transmitidas durante as trocas de plantões, entre outras (ANVISA, 2013a).

Os erros de medicação - omissão, erro de dose ou horário e erro de técnica de administração etc. - podem levar a consequências graves e, juntamente com as reações adversas a medicamentos, constituem as principais falhas nos serviços de assistência à saúde, que podem ocasionar EA (ANVISA, 2013a).

## Os erros em procedimentos cirúrgicos podem envolver

[...] cirurgias em sítio errado, complicações anestésicas, corpo estranho deixado no corpo do paciente durante o procedimento, deiscência de ferida operatória, desordem fisiológica e metabólica pós-operatória, embolia pulmonar ou trombose venosa profunda no pós-operatório, falência respiratória pós-operatória, hemorragia ou hematoma pós-operatório, infecção de ferida pós-operatória, óbitos de pacientes cirúrgicos com graves complicações tratáveis, pacientes com eventos adversos devidos a procedimentos cirúrgicos, sepse pós-operatória, além de indicadores relacionados a eventos obstétricos (ANVISA, 2013a, p. 70).

Esses erros podem ser decorrentes de falhas na comunicação, entre outros motivos, sendo também, em sua maior parte, passíveis de prevenção (ANVISA, 2013a).

As infecções associadas ao cuidado envolvem, principalmente, infecções de sítio cirúrgico, pneumonia associada à ventilação mecânica, infecções associadas a cateteres e infecções do trato urinário associadas ao uso de sondas, que constituem as Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) (ANVISA, 2013a).

As quedas de pacientes são, com frequência, relacionadas à idade avançada, presença de múltiplas patologias, mobilidade física prejudicada, falta de equilíbrio, estado mental alterado, uso de medicações, ou ainda, à própria estrutura da instituição, com presença de piso escorregadio e sem antiderrapante, falta de barras de apoio no banheiro e no quarto e falta de grades nos leitos, entre outros fatores (ANVISA, 2013a).

As úlceras por pressão (UP) são as principais lesões de pele que acometem os pacientes hospitalizados, constituindo importante desafio para as equipes de assistência à saúde e fonte de desconforto e dor para os pacientes, sendo consideradas EA e indicadoras de baixa qualidade do cuidado assistencial (ANVISA, 2013a).

O uso de equipamentos e dispositivos, algumas vezes, é imprescindível para a assistência ao paciente. Diferentes especificações técnicas, formas de manuseio, grande quantidade de equipamentos e dispositivos em uso simultaneamente, falhas técnicas dos equipamentos, aparelhos e dispositivos, entre outros fatores, podem contribuir para a ocorrência de EA (ANVISA, 2013a).

### 1.1.2 Legislação brasileira sobre segurança do paciente

O Brasil é signatário da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente e instituiu legislação própria em consonância com as orientações da WHO (2005) para melhorar a qualidade dos serviços prestados e a segurança do paciente.

O histórico do marco regulatório em segurança do paciente, no Brasil, é sintetizado na Figura 2, a seguir.

Em 2011, a Anvisa estabeleceu, por meio da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 63, os requisitos de boas práticas para funcionamento dos serviços de saúde, que aborda na Seção II os seguintes aspectos relativos à segurança do paciente:

Art. 8º O serviço de saúde deve estabelecer estratégias e ações voltadas para Segurança do Paciente, tais como:

- I. Mecanismos de identificação do paciente;
- II. Orientações para a higienização das mãos;
- III. Ações de prevenção e controle de eventos adversos relacionada à assistência à saúde;
- IV. Mecanismos para garantir segurança cirúrgica;
- V. Orientações para administração segura de medicamentos, sangue e hemocomponentes;
- VI. Mecanismos para prevenção de quedas dos pacientes;
- VII. Mecanismos para a prevenção de úlceras por pressão;
- VIII. Orientações para estimular a participação do paciente na assistência prestada (ANVISA, 2011).

Somente em 2013, a legislação brasileira para a segurança do paciente passou a ser orientada pela Portaria nº 529, que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) (BRASIL, 2013a), a Portaria nº 1.377 (BRASIL, 2013b), que aprovou os Protocolos de Segurança do Paciente e a Resolução RDC nº 36, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2013b), que instituiu as ações para a segurança do paciente e outras providências.

A Portaria nº 529/2013 instituiu a PNSP, com o objetivo de melhorar a qualificação dos serviços de saúde em âmbito nacional, visando:

Art. 3º [...]:

- I - promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde;
- II - envolver os pacientes e familiares nas ações de segurança do paciente;
- III - ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente;

- IV - produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente; e  
 V - fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e pós-graduação na área da saúde (BRASIL, 2013a).

Em complemento à Portaria nº 529/2013 foi editada a Portaria nº 1.377/2013, que aprovou os Protocolos de Segurança do Paciente, constituintes da estratégia de implantação da PNSP (BRASIL, 2013a, 2013b).

A Portaria nº 1.377/2013 indica três protocolos básicos para a segurança do paciente: Cirurgia Segura, Prática de Higiene das Mãos e Úlcera por Pressão, que são inseridos como anexos no referido documento (BRASIL, 2013b), cujas principais características são apresentadas no quadro.

**Protocolos básicos para segurança do paciente, segundo a Portaria nº 1.377/2013**

Protocolo	Principais informações
Anexo 1 Protocolo para a Prática de Higiene das Mãos em Serviços de Saúde	Finalidade: instituir e promover a higiene das mãos nos serviços de saúde do país com o intuito de prevenir e controlar as infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) <sup>1</sup> , visando à segurança do paciente, dos profissionais de saúde e de todos aqueles envolvidos nos cuidados aos pacientes. Principais aspectos: definição de higiene das mãos, momentos em que deve ser realizada a higienização das mãos, recomendações para higienização das mãos segundo evidências, diretrizes e consensos, procedimentos operacionais, estratégia multimodal da Organização Mundial de Saúde (OMS) para higienização das mãos, indicadores de desempenho e cuidados especiais.
Anexo 2 Protocolo para Prevenção de Úlcera por Pressão	Finalidade: promover a prevenção da ocorrência de úlcera por pressão (UP) e outras lesões da pele. Principais aspectos: definição de úlcera por pressão (UP) e estadiamento, intervenções e estratégias de monitoramento e indicadores.
Anexo 3 Protocolo para Cirurgia Segura	Finalidade: determinar as medidas a serem implantadas para reduzir a ocorrência de incidentes e eventos adversos e a mortalidade cirúrgica, possibilitando o aumento da segurança na realização de procedimentos cirúrgicos, no local correto e no paciente correto, por meio do uso da Lista de Verificação de Cirurgia Segura desenvolvida pela OMS. Principais aspectos: definições, intervenção, Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica, procedimento operacional e estratégias de monitoramento e indicadores.

Fonte: Brasil, 2013b.

Posteriormente, por meio da Portaria nº 2.095/2013, foram aprovados os protocolos de Prevenção de Quedas, de Identificação do Paciente e de Segurança

<sup>1</sup> As infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) são definidas pelo Ministério da Saúde como qualquer infecção adquirida após a admissão do paciente no serviço de saúde, podendo-se manifestar durante a internação ou após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou com os procedimentos hospitalares (BRASIL, 1998).

na Prescrição e de Uso e Administração de Medicamentos, cujas principais características são apresentadas no quadro a seguir (BRASIL, 2013c).

**Protocolos básicos para segurança do paciente, segundo a Portaria nº 2.095/2013**

Protocolo	Principais informações
Anexo 1 Protocolo prevenção de quedas	Finalidade: reduzir a ocorrência de queda de pacientes nos pontos de assistência e o dano dela decorrente, por meio da implantação/implementação de medidas que contemplem a avaliação de risco do paciente, garantam o cuidado multiprofissional em um ambiente seguro, e promovam a educação do paciente, familiares e profissionais. Principais aspectos: avaliação do risco de queda, identificação do paciente com risco com a sinalização à beira do leito ou pulseira, agendamento dos cuidados de higiene pessoal, revisão periódica da medicação, atenção aos calçados utilizados pelos pacientes, educação dos pacientes e dos profissionais, revisão da ocorrência de queda para identificação de suas possíveis causas.
Anexo 2 Protocolo de identificação do paciente	Finalidade: garantir a correta identificação do paciente, a fim de reduzir a ocorrência de incidentes. O processo de identificação do paciente deve assegurar que o cuidado seja prestado à pessoa para a qual se destina. Principais aspectos: identificar os pacientes, educar o paciente/acompanhante/familiar/cuidador, confirmar a identificação do paciente antes do cuidado.
Anexo 3 Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos	Finalidade: promover práticas seguras no uso de medicamentos em estabelecimentos de saúde. Principais aspectos: definições, itens de verificação para prescrição segura de medicamentos, indicação, cálculo de doses e quantidades dos medicamentos, duração do tratamento, utilização de expressões vagas, posologia, diluição, velocidade, tempo de infusão e via de administração, modificação da prescrição atual ou vigente, prescrições verbais, pontos de transição do paciente, prescrição segura de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância, suporte eletrônico para prescrição, outras informações importantes para a prescrição segura

Fonte: Brasil, 2013c.

Foi determinado pela RDC nº 36/2013 o prazo de 120 dias para que os serviços de saúde estruturassem o NSP, setor responsável pelo desenvolvimento do Plano de Segurança do Paciente (PSP), orientado por princípios de melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde, a disseminação sistemática da cultura de segurança, a articulação e a integração dos processos de gestão de risco e a garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde (ANVISA, 2013b).

De acordo com a referida Resolução é de competência do NSP realizar a notificação dos EA ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) no prazo de até 15 dias após a ocorrência, sendo que os casos que resultarem em morte

deverão ser notificados em até 72 horas. O prazo para início de registro dessas notificações é de 150 dias e deverá ser feito por meio eletrônico (ANVISA, 2013b)..

A partir desse enfoque elaboramos a seguinte questão a ser respondida neste estudo: quais estratégias podem ser adotadas no âmbito das instituições de saúde para promover a segurança do paciente e reduzir a ocorrência de EA?

## 1.2 JUSTIFICATIVA

De acordo com a WHO (2005), as principais causas de EA em instituições de saúde se relacionam a problemas com a concepção, a organização e o funcionamento dos sistemas de assistência, envolvendo a estratégia da organização em aspectos como a cultura, a gestão da qualidade e a prevenção de riscos.

Considerando-se que os pacientes se dirigem a unidades de assistência à saúde em busca da recuperação e/ou cura de alguma doença, a ocorrência de algum EA enseja, no mínimo, a frustração desse objetivo. Além disso, do ponto de vista assistencial, os EA indicam falha na assistência, na terapêutica e/ou no cuidado, entre outros aspectos. A frustração atinge também os profissionais de saúde que prestam o cuidado.

Entretanto, a ocorrência de EA não se limita a causar desconforto e frustração pelo não atingimento de objetivos, pode também levar a danos à saúde, lesões, deficiências, agravamento da doença, prolongamento do tempo de internação, aumento dos custos do cuidado e, em situações mais graves, ao óbito, entre outros (WHO, 2005).

A escolha do tema foi orientada pela importância que este adquire no atual contexto de saúde vivenciado no Brasil, em que a imprensa destaca com ênfase a pouca qualidade da assistência, a falta de leitos, materiais, medicamentos e equipamentos, como ainda, de profissionais de saúde em diversas regiões e especialidades (AMORIM, 2013; LABOISSIÈRE, 2014; OLIVEIRA; GOMES, 2011; PRADO, 2016).

Essas condições contribuem para aumentar as condições para realização de atos inseguros, penalizando pacientes e profissionais de saúde, além da sociedade em geral. Ademais, a segurança do paciente, apesar de discutida pela WHO desde 2004, somente foi adotada na legislação brasileira a partir de 2013, por meio de legislação específica.

Espera-se com este estudo contribuir para evidenciar a importância que a adoção das estratégias preconizadas na literatura e na legislação brasileira têm para a redução de EA, mitigação dos danos à saúde e óbitos, diminuição dos custos assistenciais e elevação da qualidade dos serviços prestados nas instituições de assistência à saúde, entre outros aspectos.

### 1.3 OBJETIVOS

O objetivo geral do estudo é discorrer sobre as estratégias de segurança do paciente recomendadas na literatura e na legislação brasileira, por meio dos protocolos do Ministério da Saúde, visando a redução de eventos adversos no âmbito da assistência à saúde.

Os objetivos específicos são:

- 1 - conceituar segurança do paciente;
- 2 - identificar os principais eventos adversos (EA) a que o paciente está exposto durante a assistência à saúde;
- 3 - apresentar a legislação brasileira direcionada à segurança ao paciente.

## 2 DESENVOLVIMENTO

### 2.1 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão de literatura sistemática e sem metanálise, sendo ainda, classificada como pesquisa descritiva e bibliográfica. A pesquisa descritiva é aquela que, segundo Vergara (2004) e Gil (2002), tem por objetivo apresentar as características de um fenômeno ou população. Já a pesquisa bibliográfica é aquela realizada em materiais já compilados por outros autores e divulgadas por meio de publicações impressas ou eletrônicas (VERGARA, 2004).

Neste estudo buscou-se demonstrar as orientações para a instauração de ações para a segurança do paciente no âmbito da saúde, visando demonstrar a sua pertinência na redução de eventos adversos.

Os dados do estudo foram coletados na base de dados da *Scientific Electronic Lybrary Online* (SCIELO), de Literatura Latino-Americana e do Caribe em

Ciências da Saúde (LILACS), da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), além da *World Health Organization* (WHO), da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e do Ministério da Saúde.

Como descritores foram utilizados os seguintes termos e expressões: segurança do paciente, eventos adversos, segurança e qualidade em serviços de saúde, úlceras por pressão, cirurgia segura, infecções relacionadas à assistência à saúde, prevenção de quedas, identificação do paciente e prescrição de medicamentos.

O período selecionado para pesquisa foi de 2011 a 2017, excetuando-se as orientações da *World Health Organization* (WHO), que aborda o tema desde 2004, quando foi instituída a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente.

O idioma selecionado foi o português, tomando-se a realidade local como fator influente no desenvolvimento das publicações e da legislação vigente. Entretanto, diversas publicações da WHO foram identificadas nos idiomas inglês e espanhol, constituindo estas as publicações selecionadas em idiomas distintos do inicialmente selecionado.

Considerando-se que a segurança do paciente é tema recente no Brasil, o número de publicações foi reduzido, devido também à duplicidade de trabalhos nas bases consultadas e à repetição de temas e abordagens semelhantes. Assim, foram selecionadas para estudo 20 publicações.

Os resultados da pesquisa foram organizados em textos, mediante abordagem qualitativa, buscando evidenciar, segundo a literatura, a atualidade da aplicação dessas orientações, baseadas nos protocolos do Ministério da Saúde, e os resultados auferidos.

## 2.2 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 2.2.1 Infecções relacionadas à assistência à saúde

As IRAS são consideradas EA evitáveis, se relacionando, não raro, à não observância de ações consideradas consagradas no ambiente de saúde e disponíveis aos profissionais, como, por exemplo, a higienização das mãos.

Mendes et al. (2013) analisaram as características de 65 EA evitáveis ocorridos em uma amostra 1.103 pacientes internados em três hospitais de ensino

do Rio de Janeiro, identificando que 24,6% deles se relacionaram a IRAS. Os autores consideraram que esse resultado influenciou o aumento do tempo de permanência no hospital (226 dias) e que foi decorrente, entre outros aspectos, de deficiências na lavagem das mãos, que é considerada uma das medidas mais eficazes para evitar IRAS.

Romanelli et al. (2013) abordaram a ocorrência de IRAS em unidade neonatal em unidade de referência de Belo Horizonte. Os autores identificaram, por meio de notificação, a ocorrência de 325 episódios de infecção, em uma população de 886 recém-nascidos internados, sendo 33,8% de infecções precoces, ou seja, aquelas consideradas de origem materna, e 66,2% de infecções tardias. Entre os pacientes, 25,6% (222 pacientes) apresentaram IRAS. Entre as notificações, 62,5% se relacionaram a sepse.

Watanabe et al. (2015) avaliaram a ocorrência de IRAS entre 1.380 pacientes acometidos por trauma admitidos no Hospital Universitário de Londrina, identificando que 15,6% desses pacientes adquiriram infecções (315 infecções) durante o período de hospitalização. Foi constatada a ocorrência de pneumonia em 49,5% dos pacientes acometidos por infecções. "A sepse esteve presente em quase a metade dos pacientes (44,7%) e, em relação à classificação desta complicação, o choque séptico representou a maioria (73,0%), seguido pela sepse (24,0%) e sepse grave (3,0%)" (WATANABE et al., 2015, p. 93). Os óbitos atingiram 28,8% (62 pacientes), sendo que as IRAS contribuíram em 96,8% para o desfecho desses casos.

A higienização das mãos é considerada a medida mais eficaz para a prevenção de transmissão de patógenos, contribuindo substancialmente para a segurança do paciente. Entretanto, essa prática não tem obtido adesão e/ou a relevância esperada. Isso pode ser constatado no estudo desenvolvido por Belela-Anacleto et al. (2013), que pesquisaram 109 universitários dos cursos de medicina e enfermagem e 53 docentes dos cursos de enfermagem de uma universidade pública de São Paulo. Entre os resultados do estudo pode-se destacar que 58,5% dos docentes do curso de enfermagem afirmaram não ministrar conteúdo acerca da segurança do paciente, embora 98,7% dos estudantes de enfermagem e 55,9% dos estudantes de medicina tenham afirmado ter obtido aprendizado formal sobre esse conteúdo. Outros dados da pesquisa evidenciaram falhas na infraestrutura das unidades de saúde em que os estudantes realizavam estágios, entre elas, falta de pias, de sabão, de papel toalha e de álcool gel.

A baixa adesão à higienização das mãos também foi constatada por Bathke et al. (2013) em pesquisa realizada em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de adultos de uma instituição hospitalar do Paraná. Entre as 1.277 oportunidades observadas para higienização das mãos, envolvendo 39 profissionais de saúde (21 auxiliares de enfermagem; cinco enfermeiros, cinco técnicos de enfermagem; seis médicos; dois fisioterapeutas), somente foram concretizadas 26,5%. Os autores observaram que cerca de metade dos pesquisados afirmaram não haver fator de desestímulo ou impedimento para tal procedimento. Apesar da pouca adesão, 66,67% dos pesquisados afirmaram que a frequência com que realizam a higienização das mãos é suficiente, 17,95% consideram que esta é mais do que o necessário e apenas 15,38% consideraram menos do que o necessário. Os autores concluíram que os profissionais de saúde superestimam sua adesão à prática da higienização das mãos e a priorizam em aspectos relativos a sua própria proteção, em detrimento da segurança do paciente.

A higienização das mãos é considerada uma das medidas mais eficazes para prevenir e reduzir as IRAS. A higienização das mãos - com água e sabão e/ou com fórmulas alcoólicas - é recomendada antes e após o contato com os pacientes, antes e após a realização de procedimentos assépticos, depois de contato com material biológico e após contato com equipamentos e mobiliário próximos ao paciente. Os pacientes e familiares também devem ser orientados nesse sentido.

### 2.2.2 Úlceras por pressão

As úlceras por pressão (UP) são uma das maiores preocupações em relação a pacientes internados, pois, aumentam o risco para infecções e outras complicações, aumentam o tempo de permanência hospitalar, os custos da assistência, causando também sofrimento ao paciente. Prudêncio e Silva et al. (2011) avaliaram 189 pacientes internados, sendo 111 na clínica médica, dos quais 19,4% desenvolveram UP, e 78 na clínica cirúrgica, dos quais 12,8% desenvolveram UP, de um hospital público de ensino, de nível terciário, localizado em Uberaba, Minas Gerais. Além das condições intrínsecas a cada paciente, as condições de prestação do serviço também influenciaram o desenvolvimento das UP. Nesse sentido, as medidas mais utilizadas para prevenção de UP nas unidades pesquisadas foram a mudança de decúbito, o uso de coxins e hidratação da pele,

cuja eficácia restava comprometida pelo subdimensionamento da equipe de enfermagem.

Novaretti et al. (2014) também correlacionaram a sobrecarga de trabalho da equipe de enfermagem com a ocorrência de EA, em estudo realizado em duas UTI de dois hospitais universitários de São Paulo, em que 2.317 EA ocorreram em 296 admissões de pacientes. Os EA atribuídos à equipe de enfermagem totalizaram 622 EA, sendo que as UP, dermatites e assaduras representaram 60,45% destes. Os autores observaram também que essas complicações relacionadas à sobrecarga da equipe de enfermagem também contribuíram para aumentar os dias de internação dos pacientes.

Barbosa et al. (2014) realizaram 450 observações em três UTI - Cardiológica, Neurológica e Geral - de um hospital geral de ensino de São Paulo, identificando que a mudança de decúbito foi o aspecto que apresentou maior variação, sendo este com menor índice de realização (UTI Cardiológica = 60% corretas; UTI Neurológica = 34% corretas; UTI Geral = 81,3% corretas). O turno noturno foi o que apresentou maior número de não conformidades nas observações realizadas.

Lima e Barbosa (2015) analisaram 31 notificações de EA de uma UTI adulto de um hospital público do sul do Brasil, identificando que 25,8% desses EA se relacionaram a UP. O turno noturno foi responsável por 39% das notificações de EA.

Cada paciente deverá passar por avaliação periódica quanto aos riscos para desenvolvimento de UP. Os principais fatores de risco para o desenvolvimento de UP envolvem: mobilidade reduzida, incontinência urinária e/ou fecal, sensibilidade cutânea alterada, estado de consciência alterado, presença de doença vascular e estado nutricional alterado. A adoção de protocolos de prevenção é uma estratégia importante para a instituição de assistência à saúde.

### 2.2.3 Cirurgia segura

Moura e Mendes (2012) avaliaram a incidência de EA cirúrgicos e os fatores contributivos em três hospitais de ensino do Rio de Janeiro, considerando 38 pacientes (3,5%) com ocorrência de 41 EA cirúrgicos, em uma amostra de 1.103 pacientes internados. Entre os 41 EA cirúrgicos, 68,3% foram considerados evitáveis. O maior número (78,1%) de EA ocorreu no centro cirúrgico. Os pacientes que sofreram EA tiveram o tempo de internação aumentado entre um e 14 dias. De

acordo com o autores, "A evidência de que o cuidado prestado causou a lesão ou dano foi considerada praticamente certa em 32 EAs cirúrgicos (78,1%)" (MOURA; MENDES, 2012, p. 528). Sete (18,3%) dos 38 pacientes que sofreram EA tiveram como desfecho o óbito, sendo que outros dois (5,26%) tiveram danos permanentes. Dois fatores evitáveis considerados contribuintes para a ocorrência de EA foram o não atendimento a norma clínica/protocolo (31% dos EA) e habilidade, erros ou descuidos (14,3% dos EA).

Freitas et al. (2014) avaliaram a adesão ao *checklist* de cirurgia segura da OMS em 163 cirurgias urológicas e 212 cirurgias ginecológicas realizadas em dois hospitais de ensino de Natal, no Rio Grande do Norte. Os autores constataram a existência do *checklist* em 60,8% das cirurgias, sendo que apenas 3,5% desses documentos estavam completamente preenchidos. A maior parte (56,4%) das falhas no preenchimento se encontravam em seis dos 19 itens avaliados: sítio cirúrgico demarcado, verificação de segurança anestésica, eventos críticos do anestesista, problemas com equipamentos, exames de imagem e eventos críticos do cirurgião. Os hospitais avaliados não contavam com programas de gestão da qualidade do serviço ou NSP. A adesão ao *checklist* de cirurgia segura foi considerada baixa.

Amaya et al. (2015) analisaram 257 *checklists* de cirurgias ortopédicas realizadas em um hospital de ensino do sul do Brasil, constando de 12.629 itens entre os quais 8,5% (1.071 itens) não foram respondidos. Entre os itens analisados, os autores destacaram que: menos de 80% dos sítios cirúrgicos estavam marcados; a avaliação pré-anestésica foi realizada em 88% dos pacientes; o jejum pré-operatório foi confirmado em 96,1% das cirurgias; a reserva de sangue ocorreu em 51,8% dos casos; a conferência de alergias ocorreu em 90,6% dos casos; a avaliação de enfermagem no pré-operatório foi realizada em 89,5% dos casos; a antibioticoprofilaxia foi confirmada em 85,2% das cirurgias; a conferência de itens - instrumentais cirúrgicos, agulhas, compressas e gazes - antes da saída do paciente da sala de cirurgia variou entre 47,9% e 77,4% das cirurgias, entre outros aspectos. Os autores concluíram que as ações de segurança não confirmadas constituem potencial risco cirúrgico para os pacientes.

A adoção de *checklists*, elaborados de acordo com a necessidade de cada instituição, contribui para reduzir erros e falhas, assegurando ainda, que os procedimentos sejam realizados de maneira correta, no paciente e local certos.

#### 2.2.4 Quedas

Costa et al. (2011) avaliaram 58 registros de quedas do leito de pacientes internados em um hospital de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, verificando que cinco (8,62%) dessas notificações apresentavam dados incompletos. Mais da metade (58%) das quedas ocorreram em pacientes da internação clínica. O turno que apresentou maior número de ocorrências (56,6%) foi o noturno. Apenas 13% dos pacientes apresentaram diagnóstico de Risco de Queda pela enfermagem. Em 5,66% dos casos, a severidade do dano causado foi Grau 2 (distensão, laceração grande ou profunda, lesão de pele ou contusões que necessitem intervenção), em 5,66% a severidade do dano foi Grau 3 (fratura, perda de consciência, mudança no estado físico ou mental, requerendo intervenção maior), entretanto, outros 3,77% não apresentaram classificação quanto ao grau da lesão. Os pacientes idosos representaram 57% daqueles que sofreram queda do leito. Os principais fatores de risco identificados pelos autores incluíram: mobilidade física prejudicada, presença de doença aguda, equilíbrio prejudicado e estado mental diminuído, aspectos presentes em mais de 80% dos casos notificados.

Corrêa et al. (2012) relataram a implantação de uma Comissão de Quedas e de um protocolo preventivo, com seguimento de quatro anos, direcionado às unidades de internação de uma instituição hospitalar privada de alta complexidade, localizada em São Paulo. Os autores observaram que o índice de quedas apresentou variabilidade, com elevação dos valores após a implantação do protocolo (de 1,12 quedas/1.000 pacientes-dia no 1º ano para 1,45 quedas/1.000 pacientes-dia no 4º ano). O maior número de quedas (41,3%) ocorreu no período noturno, sendo que 51,2% dos casos apresentaram algum tipo de consequência e a maior parte (56,3%) foram da própria altura. Os principais fatores de risco foram: idade >60 anos (66,3%), uso de medicações alterando o sistema nervoso central (65%) e dificuldade de marcha (55%). Os autores consideraram que o aumento no índice pode ser decorrente da melhora nas notificações.

Teixeira e Cassiani (2014) analisaram 11 notificações de quedas sofridas por pacientes de um hospital geral privado do interior do Estado de São Paulo, buscando identificar as suas causas. Cinco desses causaram danos aos pacientes, sendo selecionados para análise. A maioria das quedas (45,5%) ocorreu da própria altura. Apenas 25,7% dessas quedas foram atribuídas ao próprio paciente

(diagnóstico médico e sintomas como tontura, histórico de quedas, extremos de idade, pós-operatório imediato, efeito da anestesia, não adesão à orientação fornecida), sendo 22,9% atribuídos à equipe assistencial (falha de comunicação verbal, ausência de anotação de cuidados preventivos de quedas, falta de avaliação do risco de queda, tipo de cama/berço que favorecia a queda), 17,1% ao ambiente (cama alta, quantidade reduzida de berços, ausência de campainha próxima à mesa de refeição, horário próximo à passagem de plantão, horário de maior demanda de trabalho), 14,3% à tarefa (ausência de protocolo), 11,4% aos indivíduos (deixar grades abaixadas, colocar coxins entre as grades, inexperiência, falta de avaliação do paciente no pós-operatório imediato) e 8,6% à gestão (número reduzido de profissionais). Para os autores, a ausência de protocolo de prevenção de quedas foi fator importante para a ocorrência desses eventos.

Cada paciente deverá passar por avaliação periódica quanto ao risco de ocorrência de quedas, que servirá como orientação aos profissionais de saúde para o estabelecimento de medidas preventivas adequadas. Alguns fatores de risco devem ser considerados nessas avaliações: extremos de idades, quadro clínico, uso de medicamentos sedativos, dificuldade de locomoção, mobiliário, riscos ambientais, entre outros.

#### 2.2.5 Identificação do paciente

Pavão et al. (2011) avaliaram a qualidade de 1.103 prontuários de pacientes de três hospitais de ensino localizados no Rio de Janeiro, identificando que 84 (7,62%) destes apresentaram a ocorrência de EA. Em 64,3% dos prontuários de pacientes com EA a identificação do paciente foi considerada inadequada. Entretanto, a qualidade dos prontuários de pacientes que apresentaram EA foi considerada melhor do que os daqueles que não apresentaram tais eventos. Em geral, a qualidade dos prontuários nos três hospitais foi considerada ruim.

Barbosa et al. (2014), em 450 observações em três UTI de um hospital geral de ensino de São Paulo, verificaram que, quanto à identificação dos leitos dos pacientes, havia correção em 95% destes. Entretanto, ao observar o uso da pulseira de identificação com nome, registro hospitalar, nome da mãe e data de admissão, esse índice caiu para 89%.

Tase e Tronchin (2015) avaliaram a conformidade das pulseiras de identificação de 400 mulheres na clínica obstétrica e 400 neonatos no centro obstétrico, de um hospital universitário de São Paulo. A conformidade na identificação das mulheres foi constatada em 58,5% dos casos e dos neonatos em apenas 22,3%. Entre os aspectos avaliados foram identificados: 87,2% de conformidade na presença e quantitativo de pulseiras entre as mulheres e 55% entre os neonatos; 93,4% de conformidade nos componentes de identificação das mulheres e 69% entre os neonatos; 70% de conformidade nas condições das pulseiras entre as mulheres e 44,5% entre os neonatos. Essas condições foram consideradas impróprias e inadequadas, sendo norteadoras da reestruturação do protocolo utilizado, bem como de medidas educacionais e de conscientização entre os profissionais de saúde.

A correta identificação do paciente é indispensável para garantir a segurança deste no ambiente de cuidado à saúde, sendo que falhas e erros nessa prática podem ocasionar consequências indesejadas. A falta de identificação correta do paciente pode levar a erros de medicação, erros durante a transfusão de sangue e hemoderivados, em testes diagnósticos, possibilitar que procedimentos sejam realizados em pacientes errados e/ou em locais errados, ocasionar a entrega de bebês às famílias erradas, entre outros.

## 2.2.6 Prescrição de medicamentos

Silva e Camerini (2012) identificaram o tipo e a frequência dos erros que ocorrem na administração de medicamentos intravenosos em um hospital público municipal da rede sentinela do Rio de Janeiro. Para tanto foram observadas 367 doses de 54 medicamentos intravenosos preparadas por 35 técnicos de enfermagem. Foram observados os seguintes erros: não conferir medicação (96,73%), não avaliar flebite (87,47%), não avaliar permeabilidade do cateter (86,38%), não conferir paciente (70,57%) e hora errada (69,75%). Não foram constatados erros em via de administração e dose. As falhas na administração do medicamento com atraso em 69,75% das doses, possivelmente, afetou o resultado terapêutico de alguns medicamentos, como também podem ter ocasionado consequências indesejáveis aos pacientes.

Rozenfeld, Giordani e Coelho (2013) analisaram uma amostra de 128 prontuários médicos de pacientes internados em um hospital público de nível terciário do Rio de Janeiro, encontrando em 16,6% indicações de 34 EA relacionados a medicamentos, sendo que 32 desses eventos produziram danos temporários aos pacientes e outros dois contribuíram para o óbito. Os EA relacionados a medicamentos mais frequentes foram: náuseas e vômitos (29,41%), sonolência (14,71%) e hipoglicemia (11,76%), lipotimia (8,82%) e hipotensão (5,88%), insuficiência renal (5,88%), prurido (5,88%), queda (5,88%) e sangramento (5,88%). O uso de dados incompletos ou registrados para outras finalidades foi considerada uma limitação do estudo, o que pode ter induzido à subestimação dos valores apurados.

Silva et al. (2014) caracterizaram os principais EA notificados em um hospital do Sul de Minas Gerais, identificando que entre 189 notificações, em fichas manuscritas, 119 (63%) foram referentes a erros relacionados a medicação. O período de maior ocorrência (40,2%) desses eventos foi o noturno, sendo a categoria profissional mais envolvida (68,5%) nesses eventos a dos técnicos de enfermagem. Os autores concluíram que "As fichas manuscritas não eram de fácil compreensão, possuindo erros e dados incompletos. [...] as notificações de eventos adversos estavam relacionadas a um sistema punitivo na visão dos profissionais, o que amplia a ocorrência de subnotificações" (SILVA et al., 2014, p. 3021).

Parte significativa dos EA relacionados a medicamentos podem ser evitados por monitoramento durante as fases de prescrição e dispensação dos medicamentos, ou seja, antes da sua administração. O registro de EA também deve ser incentivado e sua ocorrência deve ser investigada para identificação das causas e de intervenções passíveis de serem adotadas.

### **3 CONCLUSÕES**

A segurança do paciente ainda é tema incipiente no Brasil, considerando-se que a legislação específica somente foi promulgada em 2013, apesar de o Brasil ser signatário da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente da OMS.

A pesquisa realizada permitiu identificar que parte significativa dos estudos contou com dados e informações anteriores à legislação vigente, porém, apresentam indicações de que as instituições hospitalares já vinham se mobilizando para adoção

de práticas mais seguras. Entretanto, os EA continuam a ocorrer com elevada frequência, sendo, inclusive, contribuintes nos óbitos registrados.

Outro aspecto importante é que nem todas as instituições contam com protocolos de segurança do paciente, conforme preconiza a literatura, a OMS e o Ministério da Saúde. Ainda, as falhas nas notificações e a baixa qualidade dos prontuários, com registros incompletos e inadequados, contribuem para dificultar o controle e a prevenção de eventos adversos, sugerindo a ocorrência de subnotificação.

Diante do exposto, conclui-se que as publicações pesquisadas não evidenciaram a adoção dos protocolos básicos de segurança do paciente, do Ministério da Saúde e da OMS, porém, indicam ações preventivas em curso nas instituições de assistência à saúde em que os estudos foram desenvolvidos. No entanto, importa ressaltar que a maior parte dos estudos foi desenvolvida em instituições de ensino e públicas, o que demonstra que os resultados apresentados são parciais.

Assim, considera-se oportuno recomendar o desenvolvimento de novos estudos sobre o tema, abordando a utilização de protocolos, sua adequação à legislação e os resultados obtidos com tais medidas. Sugere-se, ainda, que sejam avaliados aspectos relativos à cultura das organizações, no que diz respeito às medidas implementadas para a apuração de EA, dos profissionais envolvidos e intervenções adotadas nessas situações.

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Assistência segura**: uma reflexão teórica aplicada à prática. Brasília: Anvisa, 2013a.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde. **Investigação de eventos adversos em serviços de saúde**. Brasília: Anvisa, 2013b.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Resolução - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013c**. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. Disponível em:  
<[http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/3fcb208049af5f1e96aeb66dcbd9c63c/RDC+36+de+25\\_11\\_2011+Vers%C3%A3o+Publicada.pdf?MOD=AJPERES](http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/3fcb208049af5f1e96aeb66dcbd9c63c/RDC+36+de+25_11_2011+Vers%C3%A3o+Publicada.pdf?MOD=AJPERES)>.  
Acesso em: 30 mar. 2016.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Resolução - RDC nº 63, de 25 de novembro de 2011**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Disponível em:  
<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036\\_25\\_07\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html)>.  
Acesso em: 30 mar. 2016.

AMAYA, M. R. et al. Análise do registro e conteúdo de *checklists* para cirurgia segura. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 246-251, 2015.

AMORIM, D. Má qualidade diferencia cada vez menos hospitais público e particular. **Correio Brasiliense**, 24 dez. 2013. Disponível em:  
<[http://www.correiobrasiliense.com.br/app/noticia/economia/2013/12/24/internas\\_economia,404976/ma-qualidade-diferencia-cada-vez-menos-hospitais-publico-e-particular.shtml](http://www.correiobrasiliense.com.br/app/noticia/economia/2013/12/24/internas_economia,404976/ma-qualidade-diferencia-cada-vez-menos-hospitais-publico-e-particular.shtml)>. Acesso em: 24 mai. 2016.

BARBOSA, T. P. et al. Práticas assistenciais para segurança do paciente em unidade de terapia intensiva. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 27, n. 3, p. 243-248, 2014.

BATHKE, J. et al. Infraestrutura e adesão à higienização das mãos: desafios à segurança do paciente. **Revista Gaúcha de enfermagem**, v. 34, n. 2, p. 78-85, 2013.

BELELA-ANACLETO, A. S. C. et al. Higienização das mãos e segurança do paciente: perspectiva de docentes e estudantes universitários. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 901-908, out.-dez. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013a**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Disponível em:

<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html)>. Acesso em: 30 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013b**. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1377\\_09\\_07\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1377_09_07_2013.html)>. Acesso em: 30 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013c**. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. Disponível em: <[bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095\\_24\\_09\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095_24_09_2013.html)>. Acesso em: 30 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.616, de 12 de maio de 1998**. Expede diretrizes e normas para a prevenção e o controle das infecções hospitalares. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/8c6cac8047457a6886d6d63fbc4c6735/PORTARIA+N%C2%B0+2.616,+DE+12+DE+MAIO+DE+1998.pdf?MOD=AJPERES>>. Acesso em: 30 mar. 2016.

CORRÊA, A. D. et al. Implantação de um protocolo para gerenciamento de quedas em hospital: resultados de quatro anos de seguimento. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 1, p. 67-74, 2012.

COSTA, S. G. R. F. et al. Caracterização das quedas do leito sofridas por pacientes internados em um hospital universitário. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, n. 4, p. 676-681, dez. 2011.

FREITAS, M. R. et al. 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. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 1, p. 137-148, jan. 2014.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. (Ed.). **To err is human: building a safer health system**. Washington, D.C.: Institute of Medicine, 2000.

LABOISSIÈRE, P. Mais de 90% dos brasileiros estão insatisfeitos com saúde pública e privada. **Empresa Brasil de Comunicação S/A - EBC**, 19 ago. 2014. Disponível em: <<http://www.ebc.com.br/noticias/brasil/2014/08/mais-de-90-dos-brasileiros-estao-insatisfeitos-com-saude-publica-e-privada>>. Acesso em: 24 mai. 2016.

LIMA, C. S. P.; BARBOSA, S. F. F. Ocorrência de eventos adversos como indicadores de qualidade assistencial em unidade de terapia intensiva. **Revista de Enfermagem UERJ**, v. 23, n. 2, p. 222-228, mar./abr. 2015.

MENDES, W. et al. Características de eventos adversos evitáveis em hospitais do Rio de Janeiro. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 59, n. 5, p. 421-428, 2013.

MOURA, M. L. O.; MENDES, W. Avaliação de eventos adversos cirúrgicos em hospitais do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 15, n. 3, p. 523-535, 2012.

NOVARETTI, M. C. Z. et al. Sobrecarga de trabalho da Enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 5, p. 692-699, set.-out. 2014.

OLIVEIRA, M.; GOMES, L. A praga das consultas a jato. **Isto é**, n. 2196, 12 dez. 2011. Disponível em:  
<[http://istoe.com.br/182300\\_A+PRAGA+DAS+CONSULTAS+A+JATO/](http://istoe.com.br/182300_A+PRAGA+DAS+CONSULTAS+A+JATO/)>. Acesso em: 24 mai. 2016.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. **La Investigación en Seguridad del Paciente**: mayor conocimiento para una atención más segura. Ginebra, 2008.

PAVÃO, A. L. B. et al. Estudos de incidência de eventos adversos hospitalares, Rio de Janeiro, Brasil: avaliação da qualidade do prontuário do paciente. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 14, n. 4, p. 651-661, 2011.

PRADO, T. Governo do Rio queima 700 toneladas de medicamentos e material hospitalar. **Veja**, 23 fev. 2016. Disponível em:  
<<http://veja.abril.com.br/busca?qu=sa%C3%BAde&pg=18>>. Acesso em: 24 mai. 2017.

PRUDÊNCIO E SILVA, D. et al. Úlcera por pressão: avaliação de fatores de risco em pacientes internados em um hospital universitário. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 118-123, jan./mar. 2011. Disponível em:  
<[https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v13/n1/v13n1a13.htm](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v13/n1/v13n1a13.htm)>. Acesso em: 20 mar. 2016.

ROMANELLI, R. M. C. et al. Infecções relacionadas à assistência à saúde baseada em critérios internacionais, realizada em unidade neonatal de cuidados progressivos de referência de Belo Horizonte, MG. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 16, n. 1, p. 77-86, 2013.

ROZENFELD, S.; GIORDANI, F.; COELHO, S. Eventos adversos a medicamentos em hospital terciário: estudo piloto com rastreadores. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. 6, p. 1102-1111, 2013.

SILVA, L. A. et al. Notificação de eventos adversos: caracterização de eventos ocorridos em uma instituição hospitalar. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v.

8, n. 9, p. 3015-3023, set. 2014. Disponível em:  
<<http://www.ufpe.br/revistaenfermagem>>. Acesso em: 24 mai. 2016.

SILVA, L. D.; CAMERINI, F. G. Análise da administração de medicamentos intravenosos em hospital da rede sentinela. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 21, n. 3, p. 633-641, jul.-set. 2012.

SOUZA, D. P. F. **Programa Nacional de Segurança do Paciente**: estado da arte e perspectivas. [201-]. Disponível em:  
<<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/25dbe40043ec3e18ac1cee6b7f09096f/Programa+Nacional+de+Seguran%C3%A7a+do+Paciente+-+Dra+Doriane+Patrician+F+de+Souza.pdf?MOD=AJPERES>>. Acesso em: 24 mai. 2016.

TASE, T. H.; TRONCHIN, D. M. R. Sistemas de identificação de pacientes em unidades obstétricas e a conformidade das pulseiras. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 28, n. 4, p. 374-380, 2015.

TEIXEIRA, T. C. A.; CASSIANI, S. H. B. Análise de causa raiz de acidentes por quedas e erros de medicação em hospital. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 27, n. 2, p. 100-107, 2014.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em Administração**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2004.

WATANABE, E. M. et al. Impacto das infecções relacionadas à assistência à saúde em pacientes acometidos por trauma. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 36, n. 1, p. 89-98, ago. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Alliance for Patient Safety**: forward programme. Oct. 2004. Geneva, 2005

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Patient Safety Workshop**: Learning from error. Geneva, 2010.