

FACULDADE LABORO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM CUIDADOS INTENSIVOS DE ENFERMAGEM

CHERLANY JANNY ALVES DA COSTA LEITE

EVENTOS ADVERSOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: Conhecimentos e prevenção dos profissionais de enfermagem na segurança do paciente.

São Luís
2016

CHERLANY JANNY ALVES DA COSTA LEITE

EVENTOS ADVERSOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: Conhecimentos e prevenção dos profissionais de enfermagem na segurança do paciente.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Cuidados Intensivos de Enfermagem da Faculdade Laboro, para obtenção do título de Especialista em Cuidados Intensivos de Enfermagem.

Orientadora: Profa. Me. Ludmilla B. Leite Rodrigues
Mestre em Odontologia-UNIARARAS-SP

São Luís

2016

Leite, Cherlany Janny Alves da Costa

Eventos adversos na unidade de terapia intensiva: conhecimentos e prevenção dos profissionais de enfermagem na segurança do paciente/ Cherlany Janny Alves da Costa Leite - São Luís, 2016.

Impresso por computador (fotocópia)

40 f.

Trabalho Apresentado ao Curso de Especialização em Cuidados Intensivos de Enfermagem da Faculdade LABORO, como requisito para obtenção de Título de Especialista em Cuidados Intensivos de Enfermagem, 2016 .

Orientadora: Profa. Msc. Ludmilla Barros Leite Rodrigues

1. Eventos adversos. 2. Unidade de Terapia Intensiva. I. Título.

CDU: 616-085

CHERLANY JANNY ALVES DA COSTA LEITE

EVENTOS ADVERSOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: Conhecimentos e prevenção dos profissionais de enfermagem na segurança do paciente.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Cuidados Intensivos de Enfermagem, da Faculdade Laboro, para obtenção do título de Especialista em Cuidados Intensivos de Enfermagem.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Ludmilla B. L. Rodrigues – Orientadora
Mestre em Ortodontia
Universidade Araras - SP

Prof^a Rosemary Ribeiro Lindholm- Examinadora
Mestre em Enfermagem Pediátrica
Universidade São Paulo - USP

A todos aqueles que concorreram para a vivência deste sonho, minha especialização, e todos que me assistiram na conclusão deste trabalho, em especial: Àquele que tem a primazia em minha vida, Deus;

Ao Meu Esposo, Valdemir Neto, pelo amor, zelo e incentivo;

À minha mãe, Iracy Alves, por tanta dedicação e por acreditar que este momento seria possível;

Às minhas irmãs, Irajer Malheiros e Charleny Cardoso, por estarem sempre ao meu lado;

Aos Professores-Mestres e aos amigos irmãos.

AGRADECIMENTOS

O que poderia dizer a quem soprou em mim o fôlego da vida, me chamou de filha, me resgatou e me deu uma nova chance... Vida Eterna? Hoje, meus passos são mais firmes, dadas as incontáveis experiências nesta caminhada de fé. Creio que essa relação será perpétua... O que procuro neste momento é eternizar, diante do efêmero, por sentimentos, o que não consegui explicar com palavras... Minha gratidão salta do peito nesta hora ... é por isso que, com o coração regozijando, os olhos úmidos e os sorrisos trêmulos, deixo as palavras que ficarão eternamente em meu ser– Essa vitória é Tua, Senhor!

“Combati o bom combate, completei a carreira, guardei a fé.”

2 Timóteo 4:7

RESUMO

Constituiu-se em uma pesquisa descritiva, com revisão bibliográfica. A pesquisa em sua fase de revisão de literatura compreendeu o ano de 2010 a 2015. As fontes de dados utilizados para a revisão de literatura foram sites da área da saúde, com artigos científicos publicados em revistas, abrangendo os sites de busca da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), ScientificElectronic Library Online (SciELO) e Google Acadêmico. A coleta de dados teve como direcionamento as palavras de busca: eventos adversos, unidade de terapia intensiva, UTI. Na discussão com revisão de literatura tiveram-se como critério de inclusão os artigos científicos publicados no período de 2010 a 2015, com textos completos, no idioma português, publicados em revistas da área da saúde, com textos que contemplassem as palavras de busca. Sendo excluídos os textos publicados abaixo de 2010, incompletos e que não contemplassem as palavras de busca. Entre as 42 obras consultadas, excluíram-se 3 artigos repetidos nas bases de dados e 17 referente literatura do resumo que não contemplava os objetivos propostos, sendo, portanto utilizados somente 22 artigos para a realização da discussão da monografia. Entre os conhecimentos dos profissionais de enfermagem sobre eventos adversos na unidade de terapia intensiva, destacou-se como mais evidente “algo que acontece fora do normal no atendimento ao paciente” (50%). Como tipos de eventos adversos encontrados, destacaram-se o erro na medicação (24,4%), problemas com cateteres, drenos e sondas (20,00%) e queimadura (2,22%) dentre outros. Na responsabilidade pelos eventos adversos entre os profissionais de saúde verificou-se que a mesma é do enfermeiro (50%) e do técnico de enfermagem (50%). Quanto as ações de enfermagem para minimizar as ocorrências destes eventos, destacaram-se a comunicação do erro (36,37%) com maior percentual.

Palavras-chave: eventos adversos, unidade de terapia intensiva, UTI

ABSTRACT

It is in a descriptive research with literature review. Research in their literature review phase comprised 2010 to 2015. Data sources used for the literature review were sites of health care with scientific articles published in journals, covering search engines Virtual Library Health (BVS) Scientific Electronic Library Online (SciELO) and Google Scholar. Data collection was to targeting the search words: adverse events, intensive care unit, ICU. In discussion with literature review if it had as inclusion criteria the scientific articles published in the period 2010 to 2015, with full text, in Portuguese, published in healthcare journals, with texts that contemplated the search words. Texts published below 2010, incomplete and does not contemplate the search words being deleted. Among the 42 works consulted, excluded are 3 articles repeated in databases and 17 on litura summary which did not include the proposed objectives and is therefore used only 22 articles for holding the discussion of the monograph from the knowledge of nursing professionals on adverse events in the intensive care unit, it stood out as the most obvious "something that happens out of the ordinary in patient care" (50%). As types of adverse events found, stood out the error in medication (24.4%), problems with catheters, drains and probes (20,00%) and burning (2.22%) among others. In liability of adverse health professionals, it was found that it is the nurse (50%) and nursing technical (50%). The nursing actions to minimize the occurrences of these events, the highlights were the error communication (36.37%) with the highest percentage.

Key-words:adverse events, intensive care unit, ICU

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	JUSTIFICATIVA.....	13
3	OBJETIVOS.....	14
3.1	Geral.....	14
3.2	Específicos.....	14
4	METODOLOGIA.....	15
4.1	Tipo de pesquisa.....	15
4.2	Descritores.....	15
4.3	Base de dados.....	15
4.4	Procedimentos.....	15
5	A unidade de terapia intensiva: ações da equipe de enfermagem na segurança e qualidade no atendimento ao paciente crítico.....	17
5.1	Eventos adversos em na UTI: a busca para minimizá-los ou comba- tê-los.....	19
5.2	Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre eventos adversos em uma unidade de terapia intensiva	21
5.3	Tipos de eventos adversos encontrados.....	22
5.4	Responsabilidade pelos eventos adversos entre os profissionais de saúde	26
5.5	Principais medidas preventivas adotadas pelos profissionais de enfermagem para os eventos adversos na unidade de tera- pia.....	27
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	30
	REFERÊNCIAS.....	31
	APÊNDICES.....	34

1 INTRODUÇÃO

Essa era a visão de Hipócrates (460 a 370 a.C.), pai da medicina sobre o cuidado com a segurança do paciente *Primum non nocere* – primeiro não cause o dano. Ao longo da história muitos outros foram colaborando com o desenvolvimento da qualidade da assistência prestada aos pacientes, como por exemplo Florence Nightingale, Ignaz Semmelweis, Ernest Codman, Avedis Donabedian, John E. Wennberg, Archibald Lemman Cochrane, entre outros (WENNBERG, 2011).

Porém foi a partir da divulgação do relatório do Instituto Institute of Medicine (IOM) *To Err is Human*, o tema segurança do paciente ganhou relevância. Esse relatório se baseou em duas pesquisas de avaliação da incidência de eventos adversos (EAs), tema principal desse trabalho. Foram duas revisões de prontuário dos hospitais de Nova York e do Colorado. Nesse momento houve a definição de erros adversos como acidentes causados pelos profissionais com dano aos pacientes não oriundos da doença base para a internação. Apontando que cerca de 100 mil pessoas morreram em hospitais por ano vítimas de EA's se tornou um documento extremamente importante (BRENNAM, et al., 1991).

Já os estudos de Barr, 1955 descreveram eventos adversos como a presença de complicações indesejáveis decorrentes dos cuidados prestados ao paciente, não atribuídas à evolução natural da doença, comprometendo a segurança de pacientes, devido os avanços tecnológicos na saúde (SILVA, CUNHA, MOREIRA, 2011; VENTURA, ALVES, MENESES, 2012).

Apontados ainda como causadores de grandes gastos financeiros pelo aumento do tempo de internação de pacientes as EA's viraram um sério problema mundial. No EUA estima-se que esses prejuízos cheguem as cifras astronômicas de 17 a 29 bilhões de dólares por ano (KOHN, et al., 2011)

Geralmente, cerca de dois terços de eventos adversos causam pouco ou nenhum dano ao paciente, contudo o outro um terço causa prejuízos, podendo ocasionar desde um dano pequeno (estendendo o tempo de hospitalização) até a incapacidade permanente ou até o óbito (WACHTER, 2013).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta que milhares de pacientes no mundo são vítimas de erros durante a prestação da assistência, resultando muitas vezes em óbitos, estimando-se que a cada 10 pacientes no mundo, um é vítima de eventos adversos (PEDREIRA; PETERLINI, 2011).

No Brasil, no período de janeiro a dezembro de 2013, segundo dados da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), por meio do Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária (NOTIVISA), ocorreram 38.868 notificações de eventos adversos, dos quais 18.661 (48%) corresponderam a queixas técnicas (BRASIL, 2014).

No Brasil o trabalho desenvolvido pelos órgãos e os serviços de transfusão de sangue, pelo combate e controle das doenças infecciosas dentro do ambiente hospitalar e os serviços de anestesia podem ser considerados os pioneiros no que tange as medidas que promovem a proteção ao paciente. Cabe ressaltar também que o controle sanitário e o licenciamento de estabelecimentos de saúde com roteiros previamente estabelecidos são uma tecnologia que serve de barreira e regulamentação relevante ao verificar as condições de funcionamento. As verificações in loco dos possíveis riscos ao paciente possibilitam sua identificação e combate mais ativo (SPENCER e WALSH, 2005).

A ocorrência de eventos adversos tem um importante impacto no Sistema Único de Saúde (SUS) por acarretar o aumento na morbidade, na mortalidade, no tempo de tratamento dos pacientes e nos custos assistenciais, além de repercutir em outros campos da vida social e econômica do país (BRASIL, 2013b).

Existem dois tipos de eventos adversos, o infeccioso referente à natureza da lesão, onde está incluída a Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (IRAS) e o outro ocasionado pelo cuidado prestado na organização hospitalar, como ocorre na troca de lateralidade em cirurgias, eventos de medicação, quedas e fraturas (BRASIL, 2013b).

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é geralmente afetada pela ocorrência de EAs, pois é local que possui complexidade de casos, tratando de pacientes graves, em estado crítico, necessitando de cuidados altamente complexos e imediatos, havendo assim a necessidade constante de decisões de alto risco de forma urgente, além de ocorrer falta de informações prévias sobre a saúde dos pacientes (GOMES, 2011).

Cita-se ainda como fator que propicia esta ocorrência, a variabilidade de capacitação dos profissionais médicos e de enfermagem desta área, o grande número de procedimentos diagnósticos e terapêuticos realizados comparados a outros setores hospitalares, além da utilização vasta de medicamentos, que são muito mais

complexos em função da maior gravidade do quadro clínico inicial do paciente (GALLOTTI; ASSIS, 2013).

Tem-se ainda como ocorrência que levam aos eventos adversos, o ambiente incerto e dinâmico da UTI, levando a múltiplas fontes de informações, com mudanças, imprecisões e metas que se confundem, com consequências imediatas e múltiplas das ações, intenso estresse decorrente dos longos períodos de atividade rotineira e repetitiva, interface complexa e, às vezes, confusa entre operador e equipamento (PEDREIRA; PETERLINI, 2011).

Nesse sentido, a equipe de enfermagem deve manter-se atenta, implementar cuidados para prevenção de EAs, assim como monitorá-los continuamente como forma de preveni-los ou coibi-los. Cabe à equipe de enfermagem possuir competências e conhecimento aprimorado para atuar na unidade de terapia intensiva, sabendo analisar as condições críticas do paciente, tomando decisões rápidas e eficazes, que garantam a sua saúde, mas também a segurança, por meio da prevenção de eventos adversos na assistência ao paciente crítico (PEDREIRA; PETERLINI, 2011).

A averiguação dos eventos adversos nem sempre é uma tarefa fácil, haja os profissionais de saúde relacionar os mesmos com vergonha, medo e punições, além de associá-los a desatenção, desmotivação e treinamento insuficiente. Assim, quando estes ocorrem, muitas vezes há tendência em escondê-los. Torna-se, assim, importante que o profissional relate o incidente para que providências sejam tomadas para saná-lo, assim como para que a sua ocorrência não se repita (BECCARIA et al., 2009).

Portanto, a identificação desses eventos é essencial para promover a recuperação segura do paciente, para que se possa realizar ações a fim de minimizá-los e combatê-los no atendimento em UTI. Desta forma, pergunta-se: Os profissionais de enfermagem que atuam na UTI possuem conhecimentos sobre os EAs e como eles procedem à prevenção na minimização destes eventos?

2 JUSTIFICATIVA

A escolha pelo presente tema surgiu com a realização do estágio de enfermagem em clínica médico e cirúrgica, onde ao verificar o funcionamento da Unidade de Terapia Intensiva, notaram-se a amplitude de equipamentos, ações rápidas da equipe multidisciplinar, assim como o estado crítico dos pacientes, que denotavam em um atendimento geralmente de urgência. Diante disso, verificou-se que a equipe de enfermagem na correria do atendimento poderia estar susceptível à ocorrência de falhas na assistência à saúde, que são denominados de eventos adversos. Nesse sentido, o presente estudo justifica-se como forma de averiguar se a equipe de enfermagem que atua na Unidade de Terapia Intensiva possui conhecimentos sobre os eventos adversos, pois é necessário que estes profissionais saibam identificá-los, assim como minimizá-los, com ações que coíbam e previnam, promovendo assim a segurança no atendimento à saúde do paciente.

A Portaria MS/GM nº 529/2013, no artigo 3º, define como objetivos específicos do PNSP: promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente, por meio dos Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de Saúde; envolver os pacientes e os familiares nesse processo; ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente; produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente; e fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e na pós-graduação na área da Saúde. Dessa forma podemos perceber que muito precisa ser feito para que esse tema seja abordado de forma abrangente. Pensando nesses objetivos estabelecidos pelo MS podemos perceber a importância cada vez maior de revisar o tema.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Analisar os conhecimentos dos profissionais de enfermagem quanto à prevenção dos eventos adversos na Unidade de Terapia Intensiva de acordo com a especialidade.

3.2 Específicos

- Descrever os tipos de eventos adversos encontrados na literatura levantada.
- Verificar, dentro da literatura estudada qual a relação de responsabilidade pelos eventos adversos entre os profissionais de saúde.
- Descrever as principais medidas preventivas adotadas pelos profissionais de enfermagem para os eventos adversos na unidade de terapia intensiva na literatura levantada.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Pesquisa

Constituiu-se em uma pesquisa descritiva, com revisão bibliográfica. A pesquisa em sua fase de revisão de literatura compreendeu o período de 2010 a 2015. A fim de alcançar os objetivos propostos, realizou-se uma revisão bibliográfica sistemática. Trata-se de um estudo exploratório e explicativo de natureza quanti-qualitativa, segundo Gil (2008, p.50).

4.2 Descritores

A coleta de dados teve como direcionamento as palavras de busca: eventos adversos, unidade de terapia intensiva, UTI.

4.3 Base de dados

As fontes de dados utilizados para a revisão de literatura foram sites da área da saúde, com artigos científicos publicados em revistas, abrangendo os sites de busca da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *ScientificElectronic Library Online* (SciELO) e Google Acadêmico.

4.4 Procedimentos

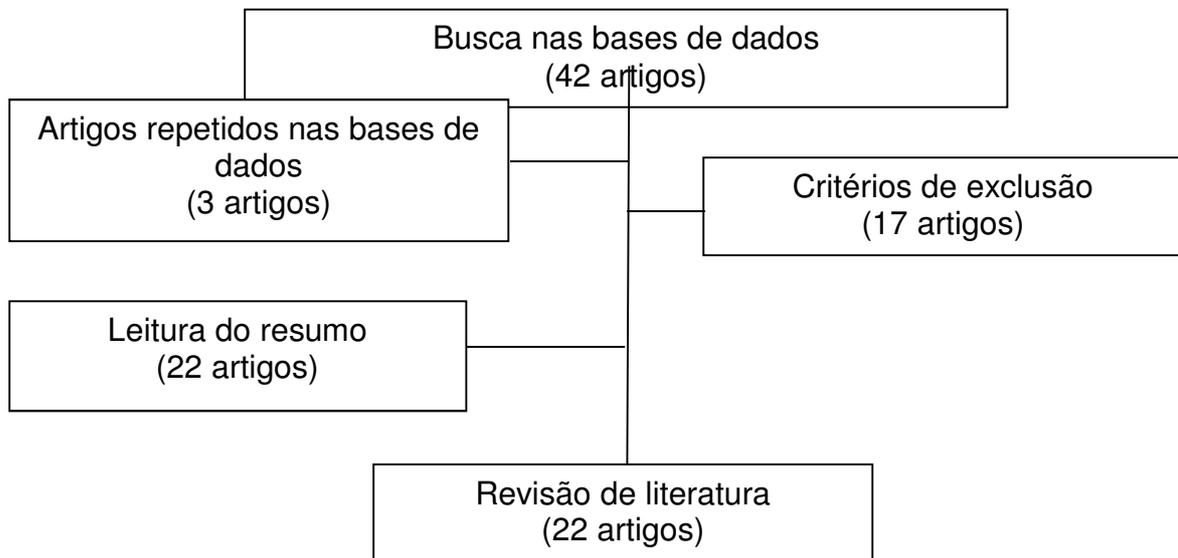
A coleta de dados teve como direcionamento as palavras de busca: eventos adversos, unidade de terapia intensiva, UTI.

Na discussão com revisão de literatura tiveram-se como critério de inclusão os artigos científicos publicados no período de 2010 a 2015, com textos completos, no idioma português, publicados em revistas da área da saúde, com textos que contemplassem as palavras de busca. Sendo excluídos os textos publicados abaixo de 2010, incompletos e que não contemplassem as palavras de busca.

Entre as 42 obras consultadas, excluíram-se 3 artigos repetidos nas bases de dados e 17 referente litura do resumo que não contemplava os objetivos propostos, sendo, portanto utilizados somente 22 artigos para a realização da discussão da monografia, conforme demonstrado na Figura 1.

Na coleta dos artigos científicos, realizou-se uma rápida leitura dos resumos dos mesmos, verificando os objetivos de cada um, assim como as palavras-chave/descriptores, para em seguida proceder à separação dos textos a serem utilizados posteriormente na discussão.

Na etapa posterior, realizou-se uma leitura analítica de cada texto, observando-se aqueles que contemplavam a finalidade proposta, separando-os em conformidade com os objetivos traçados, os quais foram interpretados e utilizados para a revisão de literatura conforme tópico do texto monográfico, observando-se semelhanças e discordância dos autores.



FONTE: O AUTOR

Figura 1. Fluxograma da busca bibliográfica

5. A UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: AÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA SEGURANÇA E QUALIDADE NO ATENDIMENTO AO PACIENTE CRÍTICO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) compreende um setor hospitalar, que recebe o paciente crítico, muitas vezes no limiar entre a vida e a morte. As pessoas internadas neste local possuem graves problemas de saúde, como instabilidade hemodinâmica e insuficiência respiratória, precisando, desta forma, de uma monitorização e acompanhamento e uma de assistência médica e de enfermagem qualificada (UENISHI, 2011).

A ideia da Unidade de Terapia Intensiva UTI advém de Florence Nightingale, quando na Guerra da Crimeia, cuidou de mais de 2 mil pessoas, selecionando os pacientes mais graves, mantendo-os próximos ao posto de enfermagem, favorecendo, assim o cuidado imediato e a observação constante dos mesmos. Com a evolução tecnológica, ocorre a expansão das UTI's na metade do século XX, em hospitais norte-americanos, sendo denominadas na época de "salas de recuperação", locais em que eram encaminhados os pacientes em pós-operatório, submetidos grandes cirurgia. No Brasil as primeiras unidades de terapia intensiva surgiram em São Paulo no final da década de 1960 (VIANA; WHITAKER, 2011).

Com o passar dos tempos estes locais foram evoluindo, agregado novas técnicas e tecnologias, visando o atendimento do paciente crítico, os quais aos serem tratados na UTI são geralmente submetidos a cuidados que necessitam de certa complexidade, precisando de uma assistência ininterrupta, necessitando de um grande aparato tecnológico, além de pessoal qualificado na assistência em saúde. Os profissionais de saúde que atuam nesta unidade devem ter conhecimento específico e atualizado, bom treinamento para agir com rapidez e eficácia em caso de emergência, pois precisam constantemente oferecer cuidados contínuos visando manter a sobrevivência do paciente (AGUIAR et al., 2012).

Pode-se, assim compreender a Unidade de Terapia Intensiva, como um local de tratamento, recuperação para a vida e esperança, com recursos tecnológicos e profissionais, capaz de reverter uma situação mais complicada. Todavia, a UTI é também temida pelas pessoas, pois o seu ambiente causa preocupação e desconforto ao paciente e a seus familiares, pois ninguém gosta de ser internado ou de ter um familiar neste local, em decorrência do mesmo se constituir em um

ambiente impessoal, com a dinâmica ininterrupta de trabalho da equipe, com ruídos e alarmes constantes e monótonos dos equipamentos instalados, iluminação e aeração artificiais permanentes, falta de janelas para visualização do meio externo, etc. (PROENÇA; AGNOLLO, 2011; AGUIAR et al., 2012).

Diante do exposto, percebe-se o grande papel e responsabilidade da equipe de enfermagem ao atuar no ambiente da UTI, pois envolve o cuidado qualificado, decorrendo da gravidade do estado dos pacientes internados nesta unidade, os quais dependem de cuidados específicos, envoltos em tecnologias, levando estes profissionais a tomarem atitudes rápidas, visando salvar a vida do paciente. Torna-se, assim imprescindível que os profissionais de enfermagem para atuarem na assistência intensiva, possuam uma formação diferenciada e qualificada, agregando a sua experiência pessoal e profissional, assim como a formação adquirida ao longo de sua carreira, devendo ser um especialista em terapia intensiva (VIANA; WHITAKER, 2011).

Portanto, as ações da equipe de enfermagem nesses atendimentos, devem ser embasadas na técnica, precisão, além de muita atenção, a fim de não comprometerem a segurança e o bom restabelecimento do indivíduo internado, todavia, esses profissionais da saúde, são seres humanos, que atuando neste ambiente frenético e complexo, incorrem muitas vezes em ações que podem prejudicar a segurança do paciente, como os eventos adversos, que decorre da própria assistência prestada e do ambiente da UTI em que trabalham (URDEN; STACY; LOUGH, 2013).

Destaca-se que há certas características do sistema de saúde que predispõe a ocorrência de falhas no atendimento ao pacientes. Entre elas Viana e Whitaker (2011) destacam os ambientes incertos e dinâmicos; múltiplas fontes de informações; mudanças, imprecisões e metas que se confundem; necessidade de processar informações atualizadas em situações e circunstâncias que mudam rapidamente; consequências imediatas e múltiplas das ações; momentos de intenso estresse permeados por longos períodos de atividade rotineira; tecnologia sofisticada; interface complexa e, às vezes confusa entre operador e equipamentos; alto risco; múltiplos indivíduos com diferentes prioridades. Portanto, o ambiente da UTI enquadra-se nessas características, podendo, assim, gerar insegurança, prejudicando o bom atendimento do paciente.

5.1 Eventos adversos na UTI: a busca para minimizá-los ou combatê-los

A Unidade de Tratamento Intensiva possui rotina conturbada, com necessidade de ações rápidas e imediatas pelos profissionais de saúde, que vivem em constante situação de controle e acompanhamento do paciente, manuseando equipamentos complexos, que mudam a sua tecnologia a todo tempo. Neste ambiente, os profissionais de enfermagem, atuam em completo estado de vigília, precisando agir rapidamente, com um alto grau técnica e de responsabilidade na manutenção da vida do paciente, levando, a agilidade de suas ações a possíveis erros no atendimento, os quais são considerados como eventos adversos.

Os eventos adversos (EA) compreendem erros e incidentes preveníveis, constituindo-se em uma lesão ou dano não intencional causado ao paciente pela intervenção assistencial, e não pela doença de base, podendo causar doença, sofrimento, incapacidade e até o óbito. Frisa-se, que os erros médicos não podem ser confundidos com os eventos adversos, pois os primeiros são considerados uma falha no plano de ação que não foi completado como previsto, enquanto o segundo ocorre durante a prestação de um cuidado de saúde, causando um dano ao paciente. O evento adversos pode ser causado por qualquer profissional de saúde na UTI (BRASIL, 2013b; ZAMBON, 2014; VIANA; WHITAKER, 2011).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) classifica os eventos adversos podem ser de dois tipos: infecciosos (que são as infecções relacionadas à assistência à saúde - IRAS) e não infecciosos (relacionados à assistência à saúde, como ocorre na troca de lateralidade em cirurgias, eventos de medicação, quedas e fraturas). Os EA geralmente são decorrentes de três elementos principais: fatores humanos (refletidos pelo comportamento, desempenho e comunicação entre os profissionais de saúde e no relacionamento da equipe); componentes individuais (envolvendo os profissionais, pacientes e a doença) e fatores do sistema operativo (decorre do ambiente em torno do trabalho e o nível de preocupação com a segurança do paciente, assim como os fatores externos, que fogem do controle da organização, como o meio ambiente e as políticas legislativas) (BRASIL, 2013b).

Esses eventos relacionam-se à prática profissional, aos produtos da saúde, aos procedimentos e sistemas, incluindo prescrição, comunicação da prescrição, rótulo dos produtos, embalagem e nomenclatura, à composição, à dispensação, à distribuição, à educação, monitoração e uso (RODRIGUES; CASTRO, 2010).

Destacam-se também os EA aqueles referente ao processo clínico/procedimento, envolvendo problemas nos processos: não realizado quando indicado, incompleto, inadequado, indisponível, feito no paciente errado, procedimento/tratamento/processo errado, parte do corpo/lado/local errado (ZAMBON, 2014)

Tem-se ainda as infecções associadas à assistência, como as nosocomiais, a de cateteres intravasculares, de assistência respiratória, referente à corrente sanguínea, sítio cirúrgico, abscesso, pneumonia, cânula Intravascular, prótese/sítio infectado, sonda/dreno urinário, partes moles. Destacam-se também as úlcera de pressão, que decorrem do processo de hospitalização, refletindo indiretamente a qualidade do cuidado prestado ao paciente (MATOS; DUARTE; MINETTO, 2010; ZAMBON, 2014).

Podem ocorrer ainda EA relacionados a acidentes com o paciente, como Quedas, exposição a fenômenos naturais, trauma contuso, trauma perfurante/penetrante, trauma térmico, ameaça respiratória, exposição a agentes químicos ou outras substâncias, exposição a eletricidade, exposição a radiação, exposição a som/vibração, exposição a outros mecanismos que podem causar dano físico (ZAMBON, 2014).

Os aspectos relacionados aos erros dos profissionais de saúde no atendimento ao paciente são múltiplos, dinâmicos e complexos, os quais passaram muito tempo escondidos, diante da instituição da cultura de difamação, culpa, medo e posterior punição, que envolvia médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, entre outros. Todavia essas falhas precisam ser conhecidas para poderem ser sanadas, melhorado, desta forma o atendimento na UTI (VIANA; WHITAKER, 2011).

A prevenção de eventos adversos deve ser uma meta a ser buscada nas instituições em saúde, principalmente na UTI, tendo os enfermeiros um importante papel no processo de evitar erros, impedir decisões ruins nos cuidados, assumindo um papel de liderança no avanço e no uso de estratégias para promover a segurança e qualidade do cuidado. Torna-se, assim necessário repensar a prática, e procurar reduzir complicações para o paciente, a fim de tornar a assistência de saúde mais segura no âmbito hospitalar (BRASIL, 2013a).

Os eventos adversos precisam ser conhecidos, para poderem ser prevenidos. Torna-se, desta forma essencial a notificação dos EA, os quais possibilitam que a enfermagem tenha um meio de saber sobre as ocorrências

inesperadas, pois por meio do reconhecimento dessas falhas, pode promover modificações para a minimização de erros e o melhor desenvolvimento assistencial (SILVA et al., 2014).

5.2 Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre eventos adversos em Unidade de Terapia Intensiva

Entre os conhecimentos dos profissionais de enfermagem sobre eventos adversos na unidade de terapia intensiva, destacou-se: Algo que acontece fora do normal no atendimento ao paciente (50%), relacionam-se a administração de fármacos (25%) e Complicações de procedimentos invasivos (25%).

Silva, Cunha e Moreira (2011) verificaram em seu estudo que entre os profissionais de enfermagem sobre conhecimento de eventos adversos, 21 profissionais relacionaram os EA a complicações decorrentes da administração de fármacos e outros 21 a complicações decorrentes de procedimentos invasivos, resultados estes que se assemelham ao encontrado no presente estudo.

Concordando com os resultados de Silva, Cunha e Moreira (2011), nos estudos de Moreira et al. (2012) discorrem que esses relatos demonstram que os profissionais de enfermagem possuem pouco conhecimento sobre os eventos adversos, os quais necessitam da implementação de ações estratégicas em educação continuada, abordando temas que definam o que são erros e/ou eventos adversos, assim como motivem a discussão dos cenários da sua ocorrência, a fim de proporcionar à equipe de enfermagem formação e entendimento sobre as causas do problema, assim como propor melhorias.

Bezerra et al. (2012) discorrem sobre a necessidade de se entender sobre o conceito de evento adverso, pois este é o primeiro passo para saber que o erro existe, assim como que é necessário o seu monitoramento e o desenvolvimento de estratégias educativas para a sua redução. Ressaltam que os enfermeiros necessitam conhecer para poder prevenir, buscar qualidade, a fim de fundamentar a sua ação.

Silva, Cunha e Moreira (2011) enfatizam que o tema evento adverso em saúde deve ser mais discutido ainda na formação profissional da equipe de enfermagem, para que esses técnicos e enfermeiros possuam conhecimento sobre esses erros e possam realizar estratégias visando a sua minimização na UTI.

5.3 Tipos de eventos adversos encontrados

Como tipos de eventos adversos encontrados, destacaram-se o erro na medicação (24,4%), problemas com cateteres, drenos e sondas (20,00%), úlceras por pressão (15,56%), IRAS (11,11%), falha na extubação (11,11%), quedas (8,89%), lesão cutânea (6,67%) e queimadura (2,22%).

Pellicioti e Kimura (2010) ao acompanharem 94 profissionais de três UTIs de um hospital privado, sendo 39 enfermeiros e 55 técnicos de enfermagem, identificaram que os erros mais frequentes de erro de medicação corresponderam à fase de administração (67,8%). Enfatizam que sobre a vulnerabilidade de erro na administração de medicamentos, a qual decorre da ausência de monitoramento no processo, haja vista a maioria dos medicamentos ser administrada por um único profissional de enfermagem. No que se refere na fase de preparo do medicamento, este EA ocorre quando há diferença entre a prescrição e o que realmente foi preparado e administrado.

Lanzillotti et al. (2015) identificaram diversos EA em UTI, fato este relacionado principalmente, que nestas unidades a administração de medicamentos envolve variados processos, com a realização de diversos cálculos na obtenção da dosagem certa, que deve ser ajustada diariamente com o ganho ou a perda de peso, diferenças de acordo com a maturidade metabólica e função excretora de cada paciente, além de intervalos rigorosos de medicamentos e estreita margem terapêutica, com a necessidade da dosagem ser diluída e fracionada, utilizando-se também bombas infusoras, para que os medicamentos não causem lesão vascular, entre outros processos.

Ferreira et al. (2014) cita que o erro na medicação acontece em decorrência da prática de administração de medicamentos ser complexa, a qual está sujeita à ocorrência de erros em qualquer uma de suas etapas. Como forma de evitar esse EA, há necessidade do conhecimento do conceito de erro de medicação pela equipe de enfermagem, que favorecerá a detecção, assim como a elaboração e implementação de medidas preventivas.

Moreira et al. (2012) definem o erro na medicação como qualquer erro no processo de prescrição, dispensação ou administração de medicamento. Como forma de evitar esse EA, torna-se necessário que a equipe de enfermagem possua uma visão completa do processo de medicação, com conhecimentos sobre os fár-

macos e interações medicamentosas, fluxo de atividade, soluções para os problemas existentes no ambiente de trabalho e recursos humanos, aprendizados esses que podem minimizar situações que interferem na segurança e qualidade do dos cuidados junto ao paciente na UTI.

Lanzillotti et al. (2015) apresentam como forma de minimizar os erros em medicação, a implantação dos “cinco certos”, ou seja, paciente certo, medicamento certo, dose certa, hora certa e via certa.

Vieira et al. (2013) ao analisarem os principais eventos adversos ocorridos nos anos de 2011 e 2012 na UTI, identificaram que eventos relacionados a cateteres (sonda vesical, sonda nasogástrica e enteral), tiveram um aumento de 3,89% em 2012. Já as úlceras por pressão tiveram uma queda de 1,59%. Resultados estes que assemelham-se com o presente estudo.

Gomes et al. (2012) relatam que os o cateteres venoso central, exigem dos enfermeiros conhecimentos técnicos, necessários para sua manipulação e manutenção, com a finalidade de evitar os EA e proporcionar uma assistência de qualidade.

Paiva, Paiva e Berti (2010) explicam que os EA referentes cateteres, drenos e sondas, ocorrem geralmente, pois são procedimentos muito utilizados na rotina hospitalar em UTI, os quais são acompanhados normalmente de incidentes. Moreira et al. (2012) apontam como forma de se evitar a ocorrência desses eventos em UTI, cabe ao enfermeiro adotar medidas preventivas de orientação a sua equipe, enfatizando sobre a técnica de inserção e manutenção, assim como orientar pacientes e familiares sobre a importância da manutenção do dispositivo.

Lima e Barbosa (2015) citam que a remoção acidental da sonda gastroentestinal é um erro que pode ocorrer pelo profissional de enfermagem durante a realização de procedimentos e/ou fixação inadequada, obstrução da sonda e confusão do paciente. Aconselham que quando o paciente se encontrar agitado ou com confusão mental, deve-se proceder a sua restrição física, com possível utilização de imobilizadores para braços. Mencionam ainda que se deve trocar a fixação da sonda quando ela estiver solta ou suja, prevenindo o seu deslocamento ou retirada, promovendo a higiene e evitando danos adicionais ao indivíduo internado na UTI.

Bezerra et al. (2012) esclarecem que as úlceras por pressão são escaras provenientes da pressão sobre proeminências ósseas, que resultam da falta de mudança de decúbito rotineiramente, sendo consideradas indicadores de qualidade da assistência de enfermagem nas instituições de saúde, cuja ocorrência é considerada

iatrogenia secundária a falhas no processo do cuidar, haja vista existirem diversas medidas preventivas para este EA.

Lima e Barbosa (2015) identificaram como causas de úlcera de pressão em seu estudo a mobilidade física prejudicada (26,7%); proeminências ósseas desprotegidas (23,3%); alteração na nutrição (20%); déficit sensorial (20%); paciente sem colchão de espuma altamente específica (6,7%) e não realização da mudança de decúbito (3,3%).

Creutzberg et al. (2011) discorre que ao paciente internado na UTI possui a percepção sensorial muito limitada, levando a não-percepção do desconforto e, conseqüentemente, este indivíduo não realiza mudanças de posição para aliviar essa pressão, o qual fica dependendo dos cuidados de enfermagem mencionando também que o excesso de umidade da pele (sudorese, incontinência urinária ou fecal), pode tornar mais suscetível à maceração.

Moreira et al. (2012) explanam que a úlcera por pressão é um EA que pode ser prevenido, desde que se adotem medidas como o monitoramento, inspeção e proteção da pele, além de mudança de decúbito do paciente de 2/2h, cabendo ao profissional de saúde ficar atento aos problemas que as úlceras por pressão podem trazer ao paciente, à família e a instituição hospitalar, ocorrência essa que prolonga a hospitalização, dificulta a recuperação do paciente, além de aumentar o risco para o desenvolvimento de complicações, que representam um acréscimo no sofrimento físico e emocional desses indivíduos internados.

Pedreira, Brandão e Reis (2013) mencionam que a ocorrência de infecções é uma realidade constante em UTI, que decorre geralmente diante do grande número de antibióticos utilizados e o conseqüente aumento de infecções causadas por bactérias multirresistentes. A infecção relacionada à assistência à saúde (IRAS) é prejudicial ao paciente internado, pois aumenta os riscos de morbimortalidade, o tempo de estadia e os custos durante a internação.

Moreira et al. (2012) esclarecem que a infecção relacionada à assistência à saúde (IRAS), é um problema de saúde pública, cuja origem pode ser endógena (causadas por microrganismos pertencentes a própria flora do paciente) ou de origem exógena (transmitida pelas mãos dos profissionais de saúde ou outras pessoas que entrem em contato com o paciente).

Lanzillotti et al. (2015) comentam que as infecções se constituem em um evento adverso, que pode ser evitado, pois resulta de falhas em vários níveis do cui-

dado, devendo-se promover junto à equipe o sentido de responsabilidade para que ocorra a mudança.

Ventura, Alves e Meneses (2012) mencionam que a ocorrência da IRAS está principalmente associada com o tempo de internamento hospitalar, à gravidade da doença, condições nutricionais, natureza dos procedimentos diagnósticos ou terapêuticos, além do tempo de internação.

Bezerra et al. (2012) aconselham como forma de minimizar a IRAS, que as instituições de saúde elaborem e estabeleçam padrões sistematizados para o manejo do paciente e de materiais, além de constituir estratégias de educação e treinamento em saúde, com o intuito de reduzir a ocorrência dessa, assim como evitar os EA nos procedimentos técnicos.

Lamy Filho et al. (2011) informam que a extubação acidental é observada quando o tubo endotraqueal fica fora da traqueia, confirmando em seu estudo que este EA associa-se com a carga excessiva de trabalho da equipe de enfermagem em UTI, evento adverso esse que interfere na ventilação mecânica neonatal.

Ventura, Alves e Meneses (2012) discorrem que erros na extubação podem ocorrer, pois se constituem em um dos indicadores de processo mais realizados em UTI, erro esse que pode ser de forma acidental ou mecânica por obstrução (rolha), contribuindo com 10,0% dos EAs.

Lima e Barbosa (2015) em seus estudos identificaram como causa de extubação acidental, contenção inadequada do paciente (33,2%); agitação/confusão do paciente (16,7%); sedação superficial(16,7%); manuseio do paciente durante procedimentos (16,7%) e fixação inadequada do tubo orotraqueal/traqueostomia (16,7%). Destacam que uma falha nesse procedimento, pode incorrer em uma reintubação, a qual pode aumentar o tempo de ventilação mecânica do paciente, trazendo grandes consequências ao mesmo.

Nos estudos de Paiva et al. (2010), ao analisar as quedas como EA, identificou o pouco quantitativo desta ocorrência, tendo em vista que esses pacientes encontram-se em estado grave, e pela sua condição geralmente não deambulam, diminuindo assim, o risco de quedas, tem-se ainda o fato que na unidade de terapia intensiva há um maior número de enfermeiros, colaborando para uma atenção maior ao paciente e a menor taxa de quedas.

Moreira et al. (2012) apontam como causa de quedas decorre da falta de vigilância necessária, assim como da capacidade ineficiente do paciente deambular

sem auxílio. Esse EA pode ocasionar lesões e prejudicar a integridade física e emocional dos pacientes, resultando também no aumento dos custos hospitalares, podendo causar inclusive o óbito. Diante disso, deve-se implantar diversas medidas para evitar essas ocorrências, tais como a elevação de grades nas camas e a aplicação de técnicas de restrição de movimentos, tem-se ainda como medida a contenção do leito, a qual mesmo sendo criticada por muitos autores, pode ser adotada desde que realizada de forma correta, com monitoração e que não acarrete em prejuízos ao paciente.

A lesão cutânea é bastante verificada na UTI neonatal. Lanzillotti et al. (2015) mencionam em seus estudos que esse EA é uma fonte de preocupação com os neonatos internados nessa unidade, haja vista contribuir para o aumento da perda de água e calor, favorecendo o desequilíbrio hidroeletrolítico e térmico, além de aumentar o consumo calórico para reparar do tecido lesionado e principalmente aumentar o risco de infecções.

Moreira et al. (2012) relatam que as queimaduras levam a um tempo maior de internação do paciente, a qual pode ocorrer com água quente durante a aplicação de compressas quentes no paciente. Esse erro é proveniente da desatenção profissional à temperatura e o tempo de exposição do dispositivo na pele do indivíduo internado na UTI, sendo um EA que pode deixar sequelas na área afetada.

5.4 Responsabilidades pelos eventos adversos entre os profissionais de saúde.

Na responsabilidade pelos eventos adversos entre os profissionais de saúde, verificou-se que a mesma é do enfermeiro (50%) e do técnico de enfermagem (50%).

Silva et al. (2014) apontaram em seus estudos que os técnicos de enfermagem foram os que mais cometeram EV em relação a outras categorias profissionais, fato este que decorre deste profissionais realizarem assistência direta ao paciente, aumentando a possibilidade de cometerem erros.

Gonçalves et al. (2012) relatam que a equipe de enfermagem ao atuar na UTI, tem participação fundamental nos processos que visam garantir e melhorar a qualidade da assistência ao paciente internado nesse local, todavia, medidas isola-

das de treinamento e capacitação dos profissionais de enfermagem não são suficientes para garantir a ausência de riscos, com a ocorrência dos eventos adversos.

Paiva, Paiva e Berti (2010) comentam que os enfermeiros acompanham a trajetória do paciente durante a sua internação, responsabilizando-se pela coordenação da assistência de enfermagem, devendo promover a segurança do paciente durante o processo assistencial e, não sendo possível prevenir ou evitar os eventos adversos, este profissional deve assistir aos pacientes em suas necessidades, assim como notificar a ocorrência de eventos adversos e promover a comunicação dos EA junto a sua equipe de enfermagem, sabendo ouvir e orientar os profissionais que atuam junto com ele.

Paiva et al. (2010) discorrem que as subnotificação de EA geralmente são realizadas pelo enfermeiro, pois ele é o chefe imediato do profissional envolvido na ocorrência, fato este que contraria as recomendações voltadas ao incentivo das notificações de erros, que favorecem a omissão.

Camerini et al (2013) e Novaretti et al. (2014) discorrem que os profissionais de enfermagem são geralmente envolvidos em eventos adversos na UTI, pois estão comumente realizando cuidados ao paciente crítico, necessitando atuar com rapidez. Destacam que por esta unidade ser um local de tensões constantes, os eventos adversos merecem análise particular, pois o paciente grave apresenta características que o tornam mais susceptível a esses erros, como a complexidade do seu caso, falta de informações prévias sobre a sua saúde, entre outras.

Coli et al. (2010) enfatizam da necessidade que gestores em saúde devem compreender que os erros acontecem nem sempre de forma intencional, assim como devem estar conscientes de que existem falhas no sistema por eles gerenciado e não porque seus subordinados são incompetentes ou irresponsáveis. Assim sendo, antes de se buscar culpados para punir, deve-se primeiramente diagnosticar as fragilidades existentes em todo o processo e adotar medidas proativas de prevenção de EA.

5.5 Principais medidas preventivas adotadas pelos profissionais de enfermagem para os eventos adversos na unidade de terapia

Quanto às principais medidas preventivas adotadas pelos profissionais de enfermagem para os eventos adversos, destacaram-se a comunicação do erro

(36,37%), treinamento/educação continuada (18,18%), Implantação da Escala de Bradem (18,18%), orientação dos envolvidos (9,09%), padronização das práticas assistenciais de saúde (9,09%) e a implantação da comissão de curativo (9,09%).

Santos et al. (2010) identificaram a comunicação do erro como prevalente em seus estudos, sendo a mesma uma conduta ética e correta, pois possibilita adotar medidas específicas para prevenção de danos maiores ou para reversão dos efeitos do EA ocorrido.

Concordando com Santos et al. (2010), Paiva, Paiva e Berti (2010), discorrem que a comunicação do erro é bastante importante, pois conduz a mudanças na estrutura e nos processos, promovendo a segurança do paciente.

Santos et al. (2010) esclarecem que assumir o erro é necessário, pra que o mesmo seja identificado e corrigido. Todavia, a comunicação do EA é uma decisão difícil de ser tomado, principalmente em decorrência do medo da exposição e da punição, tornando-se esse um fator de interferência nessa decisão, cooperando para a omissão do evento adverso.

Paiva et al. (2010) mencionam sobre a dificuldade de comunicação do evento adverso em UTI, que decorre geralmente de vergonha, culpa e medo de punição (demissão, suspensão e assédio moral) de quem o praticou, falha esta que pode ser sanada por meio do registro anônimo de EA, que possibilita obter informações de falhas, cuja identificação desses erros, possibilitará implantar medidas proativas para a redução do número de ocorrências

Coli et al. (2010) destacam a importância de se comunicar o erro, pois demonstra a preocupação com o paciente, o qual é o principal prejudicado, cuja comunicação do EA permite que a situação possa ser revertida mais rapidamente e danos maiores poderão ser evitados.

Vieira et al. (2013) e Moreira et al. (2012) mencionam que as medidas educativas adotadas para evitar/minimizar eventos adversos, constituem-se na principal e mais abrangente medida de educação, pois podem adotar medidas padronizadas com uma estrutura mínima, contendo a definição do procedimento, objetivo, material utilizado, procedimento técnico, recomendações, responsabilidade e referências, favorecendo a melhoria da qualidade do cuidado prestado ao cliente, além de propiciar a prevenção da repetição do erro, desenvolvendo uma cultura de segurança, tornando-se, desta forma, uma ferramenta de gestão de qualidade e ensino, pois

busca a excelência na prestação do serviço, a fim de minimizar os erros nas ações rotineiras de enfermagem na UTI.

Lima e Barbosa (2015) e Vieira et al. (2013) comentam que a escala de Bradem avalia o risco para desenvolvimento de úlcera por pressão, tornando-se assim um importante instrumento para esta finalidade.

Vieira et al. (2013) discorrem que a Escala de Bradem tem como objetivo avaliar o desenvolvimento de úlceras de pressão no período de internação do paciente, a qual verifica seis fatores de risco: 1) Quanto a percepção sensorial (capacidade do cliente reagir significativamente ao desconforto relacionado à pressão); 2) Quanto a umidade (nível em que a pele é exposta à umidade); 3) Quanto à atividade (grau de atividade física, ou seja, se ficam restritos ao leito, cadeira se deambula ou não); 4) Quanto à mobilidade (completamente imóvel, muito ou pouco limitada, sem limitações); 5) Quanto à nutrição (se estão muito deficientes, com provável inadequação, adequada ou excelente); 6) Quanto à fricção/cisalhamento, refere-se à dependência do paciente quanto à mobilização e posicionamento (se é um problema, um potencial problema ou não é um problema aparente).

Vieira et al. (2013) ao implantar a Comissão de Curativos, verificou sua grande eficácia, a qual torna-se de extrema importância no processo de orientação e prevenção de tratamento das úlceras de pressão, pois esta comissão, constituída por enfermeiros capacitados, possui condições de intervir com prescrição de coberturas (pomadas, gel e pastas) apropriadas, bem como, na orientação/ensino quanto à prevenção dos processos que desencadeiam as feridas, proporcionando, assim, grandes mudanças de comportamento entre a equipe de enfermagem, fornecendo conhecimentos para avaliar e acompanhar os riscos e evoluções das feridas, proporcionando a prevenção das úlceras de pressão.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como podemos perceber os trabalhos definem bem os eventos adversos, se faz necessário destacar que essa definição é de suma importância, pois entre os profissionais essa terminologia é desconhecida. Os próprios resultados deste trabalho mostraram isso. A literatura levantada mostra em vários estudos que geralmente os eventos adversos são inicialmente confundidos e relacionados com os efeitos adversos ou colaterais de fármacos. Porém encontramos que a educação continuada em saúde se apresenta como uma estratégia eficaz e necessária a fim de atualizar profissionais sobre o assunto levantado.

Embora a pesquisa tenha identificado vários eventos adversos o fato dos profissionais desconhecerem essa denominação preocupa. O erro na administração de medicamentos teve o resultado mais expressivo, o que é extremamente preocupante. Manusear, acondicionar e administrar os fármacos é função da equipe de enfermagem e pode acarretar sérios danos aos pacientes, podendo leva-los a óbito. Da mesma forma a literatura apresenta como contra partida o uso dos “cinco certos” como forma de minimizar as chances de erros.

No que diz respeito à responsabilidade pelos eventos adversos entre os profissionais de saúde está dividida entre os enfermeiros e os técnicos de enfermagem, observamos que os trabalhos foram direcionados pelos descritores a encontrar resultados sobre esse público. Outras pesquisas mais abertas podem apresentar resultados mais amplos e comparativos afinal a relação de igualdade encontrada aqui não vê que os enfermeiros e técnicos fazem parte da mesma equipe. Restringindo assim esse resultado.

As ações de enfermagem para minimizar esses erros demonstram uma tendência a identificação do mesmo e além das correções a educação continuada como via de reverter essa trajetória trágica. Assumir o erro é o primeiro passo para corrigi-lo, além de que se faz necessário devido o paciente ser o lado mais fraco e afetado dessa relação perigosa e deletéria.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, A. S. C. et al. Percepção do enfermeiro sobre promoção da saúde na Unidade de Terapia Intensiva. *Rev. esc. enferm. USP*, v. 46, n. 2, p. 428-435, 2012.

BECCARIA, Lucia Marinilza; PEREIRA, Roseli Aparecida Matheus; CONTRIN, Lígia Márcia; LOBO, Suzana Margareth Ajeje; TRAJANO, Diene Henri Longui. Eventos adversos na assistência de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*, v. 21, n. 3, p. 276-282, 2009.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Brasília: ANVISA, 2013a.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Investigação de eventos adversos em serviços de saúde – série segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde. Brasília: ANVISA, 2013b.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária (NOTIVISA). Relatório gerencial dos eventos adversos, das queixas técnicas e das intoxicações relacionados com todos os produtos. 2014. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/notivisa/relatorios/index.htm>>. Acesso em: 15 jan. 2016.

GALLOTTI, Renata MahfuzDaud; ASSIS, Sonia Francisca Monken de. Os eventos adversos em unidade de terapia intensiva e o gerenciamento dos riscos das operações de serviços. A intersectorialidade na gestão da assistência à saúde. XVI Simpósio de Administração da Produção, Logística e Operações Internacionais. ago. 2013.

GOMES, Alice Martins. Desenvolvimento histórico da prática assistencial em cuidados intensivos no Brasil. In: VIANA, Renata Andréa Pietro; WHITAKER, Iveth Yamaguchi et al. *Enfermagem em terapia intensiva: práticas e vivências*. Porto Alegre: Artmed, 2011.

MATOS, Letícia Sousa; DUARTE, Nalu Lopes Vasconcelos; MINETTO, Rita de Cássia. Incidência e prevalência de úlcera por pressão no CTI de um Hospital Público do DF. *Rev. Eletr. Enf.*, v. 12, n. 4, p. 719-726, out/dez 2010.

MOREIRA, Isadora Alves; BEZERRA, Ana Lúcia Queiroz; PARANAGUÁ, Thatianny Tanferri de Brito; SILVA, Ana Elisa Bauer de Camargo e. Eventos adversos na unidade de terapia intensiva de um hospital da Rede Sentinela. 64ª Reunião Anual da SBPC, 22 a 27 jul. 2012, UFMA, São Luís – MA.

PEDREIRA, Mavilde L. G.; PETERLINI, Maria Angélica Sorgini. Como garantir a segurança do paciente na UTI. In: VIANA, Renata Andréa Pietro; WHITAKER, Iveth Yamaguchi et al. *Enfermagem em terapia intensiva: práticas e vivências*. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PROENCA, M. O.; AGNOLO, C. M. D. Internação em unidade de terapia intensiva: percepção de pacientes. *Rev. Gaúcha Enferm.*, v. 32, n. 2, p. 279-286, 2011.

RODRIGUES, Maria Cristina Soares; OLIVEIRA, Ludmilla de Castro. Erros na administração de antibióticos em unidade de terapia intensiva de hospital de ensino. *Rev. Eletr. Enf.*, v. 12, n. 3, p. 51151-9, 2010.

SILVA, Luiz Almeida da; TERRA, Fábio de Souza; MACEDO, Flávia Ribeiro Martins; SANTOS, Sérgio Valverde Marques dos; MAIA, Ludmila Grego; BATISTA, Mikael Henrique de Jesus. Notificação de eventos adversos: caracterização de eventos ocorridos em uma instituição hospitalar. *Revenferm UFPE*, Recife, v. 8, n. 9, p. :3015-23, set., 2014.

SILVA, Roberto Carlos Lyra da; CUNHA, Juliana Jenifer da Silva Araújo; MOREIRA, Cinthia Lana dos Santos. Evento adverso em terapia intensiva: o que sabem os profissionais de enfermagem. *R. pesq.: cuid. fundam*, v. 3, n. 2, p. 1848-1855, abr/jun. 2011.

UENISHI, E. K. *Enfermagem médico cirúrgica em unidade de terapia intensiva*. 10. ed. São Paulo: Senac, 2011.

URDEN, Linda D.; STACY, Kathleen M.; LOUGH, Mary E. *Cuidados Intensivos de Enfermagem*. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013

VENTURA, Claudiane Maria Urbano; ALVES, João Guilherme Bezerra; MENESES, Jucille do Amaral. Eventos adversos em unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev Bras Enferm*, Brasília, v. 65, n. 1, p. 49-55, jan-fev 2012.

VENTURI, KriscieKrisianne. *Qualidade do cuidado em UTI: relação entre o dimensionamento de pessoal de enfermagem e eventos adversos*. 175 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Paraná. Setor de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem, Curitiba, 2009.

VIANA, Renata Andréa Pietro; WHITAKER, Iveth Yamaguchi (Orgs.). *Enfermagem em terapia intensiva: práticas e vivências*. Porto Alegre: Artmed, 2011.

WACHTER, Robert M. *Compreendendo a segurança do paciente*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

ZAMBON, Lucas Santos. *Segurança do paciente em terapia intensiva: caracterização de eventos adversos em pacientes críticos, avaliação de sua relação com mortalidade e identificação de fatores de risco para sua ocorrência*. 273 f. Tese (Doutorado em Ciências). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

NEUHAUSER, D. Florence Nightingale gets no respect: as a statistician that is. *QualSaf Health Care*. 2003; 12:317.

BARR DP. Hazards of modern diagnosis and therapy-the price we pay. *JAMA*. 1955; 159:1452-6.

ROBERTS J, COALE J, REDMAN, R. A history of the Joint Commission for accreditation of hospitals. *JAMA*. 1987.

REBRAENSP. Acordos Básicos de Cooperação na Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. São Paulo, SP: Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente; 2009.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. Arch Pathol Lab Med. 1990.

WENNBERG, J. E. Tracking medicine a researcher's quest to understand health care. NY: Oxford University Press; 2010.

BRENNAN TA, HEBERT L, LAIR NM, LAWTHERS AG, THORPE KE, LEAPE LL et al. Hospital characteristics associated with adverse events and substandard care. JAMA, 1991.

KOHN LT, Corrigan JM, Donaldson MS, McKay T, Pike KC. To err is human. Washington, DC: National Academy Press; 2010.

SPENCER E, WALSH K. Strategies: literature and interview summary. Quality Improvement Strategies in Healthcare systems of the European Union. April, 2005.

APÊNDICE 1. QUADRO DE ARTIGOS CONSULTADOS

Título	Autor, ano	Tipo de Estudo	Objetivo	Conclusão
1. A magnitude financeira dos eventos adversos em hospitais no Brasil.	Porto et al., 2010.	Descritivo e exploratório.	Estimar os gastos financeiros frente aos pacientes com eventos Adversos em hospitais no Brasil.	Os danos ao paciente decorrentes do cuidado à saúde tem grande impacto nos recursos financeiros hospitalares.
2. Alocação da Equipe de enfermagem e ocorrências de eventos adversos/incidentes em unidade de terapia intensiva.	Gonçalves et al., 2012.	Observacional, descritiva e prospectiva.	Verificar a adequação entre a alocação da equipe de enfermagem e as horas de cuidado ao pacientes relacionando com eventos adversos/incidentes (EA/I).	Quanto maior a diferença entre as horas disponíveis e requeridas de cuidado de enfermagem, menor a frequência de EA/I.
3. Caracterização das quedas de pacientes segundo notificação em boletins adversos.	Paiva et al., 2010.	Descritivo	Caracterizar as quedas dos pacientes internados ocorridos em hospitais terciários.	A identificação do grau de risco é de grande importância quando detectado precocemente para prevenção.
4. Conhecimento de Enfermeiros assistenciais sobre eventos adversos relacionados aos cuidados de enfermagem.	Souza et al., 2012	Descritivo, qualitativo.	Identificar o conceito e os tipos de eventos adversos (EA) relacionados à assistência de enfermagem.	Os profissionais de enfermagem conceituaram EA como um erro não prevenível, principalmente na administração de medicamentos, havendo poucas alusões de outros eventos.
5. Qualidade do cuidado em UTI: Relação entre o dimensionamento do pessoal de enfermagem e eventos adversos.	Venturi, 2009.	Descritiva uni e bi-variada.	Analisar a qualidade do cuidado de enfermagem mediante a ocorrência de eventos adversos e o dimensionamento de pessoal.	Medidas preventivas intensificadas podem prevenir a ocorrência de eventos adversos, aprimorando a educação continuada e dimensionamento de pessoal adequado.
6. Análise dos eventos adversos em uma unidade de terapia intensiva neonatal como ferramenta de gestão da qualidade da assistência de enfermagem	Menezes et al., 2014	Epidemiológico, tipo coorte, não concorrente.	Analisar a evolução dos eventos adversos em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.	Por conta dos avanços tecnológicos e os grandes progressos no manejo clínico, aumentou a possibilidade de sobrevivência dos prematuros.
7. Erros na administração de antibióticos em unidade de terapia intensiva de hospital de ensino.	Rodrigues; Oliveira, 2014	Descritivo	Verificar a ocorrência e caracterizar erros na administração de antibióticos.	Ocorrências de erros de medicação deve ser implementada com segurança e gerenciamento de riscos de eventos adversos com medicamentos.
8. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem.	Duarte et al., 2015	Revisão integrativa com abordagem qualitativa	Identificar as publicações científica sobre os eventos adversos e discutir os principais eventos adversos na assistência de enfermagem.	É de grande importância discutir estratégias de prevenção de eventos adversos, assegurando a segurança do paciente.
9. Eventos adversos em terapia Intensiva: O que sabem os profissionais de en-	Silva et al., 2011	Quantitativo	Identificar o conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre o que é, como se identifica e como se notifica um	A falta de informação colabora para o aumento nas taxas de evento adverso, levando a subnotificação e pondo em

fermagem.			evento adverso, analisando a relação entre esse saber e os baixos índices de notificações.	risco a vida do paciente.
10. Eventos adversos: Análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem	Paiva et al; 2010	Descritiva	Analisar a utilização deste instrumento de comunicação e identificar: frequência, tipo, natureza e período dos incidentes/eventos adversos.	Houve adesão da equipe à utilização do instrumento, avaliada pelo aumento gradativo de notificações a partir de sua introdução.
11. Eventos adversos com medicação em serviços de Emergência: Condutas profissionais e sentimentos vivenciados por enfermeiros.	Santos; Padilha, 2005	Descritivo-exploratório	Verificar as condutas e os sentimentos dos enfermeiros de serviços de Emergência frente a um evento adverso com medicação e suas associações.	A análise da associação entre as variáveis demonstrou que as condutas mostraram relação com o tempo de formado e sentimentos pelos enfermeiros, idade e vivência anterior.
12. Eventos adversos e outros incidentes na unidade de terapia intensiva neonatal.	Lanzillotte et al, 2015	Revisão sistemática de literatura.	Identificar a ocorrência dos incidentes com e sem lesão ocorridos em UTIN correlacionando-os com o grupo de idade gestacional dos RNs mais afetados.	Tipos de incidentes que ocorrem nas UTIN, com ou sem lesão no paciente são: falhas no uso medicamentoso, infecções, lesão cutânea, ventilação mecânica e cateteres intravasculares.
13. Eventos adversos em pacientes cirúrgicos: Conhecimento dos profissionais de enfermagem.	Bohomol; Tartali, 2013	Descritiva	Verificar o conhecimento da equipe de enfermagem sobre eventos adversos em pacientes em centro cirúrgico, possíveis causas e quem é o responsável pelos mesmos e necessidade de notificação.	A enfermagem deve defender os interesses dos pacientes, conhecer os riscos do processo cirúrgico e alertar a equipe sobre os possíveis problemas que possam ocorrer.
14. Eventos adversos em unidade de terapia intensiva: Percepção dos enfermeiros sobre a cultura não punitiva.	Clarões et al, 2011	Descritiva	Caracterizar os sistemas de notificação de EA; verificar a frequência dos eventos, consequências para os profissionais e grau de segurança dos enfermeiros para notificá-los.	Conclui-se que a cultura punitiva ainda persiste nas ÚTI's.
15. Eventos adversos em unidade de terapia intensiva neonatal	Ventura et al., 2012	Observacional, prospectivo	Determinar a frequência de EAs, aplicando a metodologia do "instrumento de gatilho" Americano, em uma UTIN.	É elevada a incidência de EAs em uma UTIN, especialmente entre os recém-nascidos de baixo peso.
16. Eventos adversos na assistência de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva.	Beccaria et al., 2009	Descritiva, quantitativa	Identificar os eventos adversos na assistência de enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva.	São indicadores importantes que evidenciam a qualidade da assistência na unidade de terapia intensiva.
17. Eventos adversos na assistência de enfermagem: Contribuições para a segurança do paciente	Quarte et al; 2013	Qualitativa e descritiva	Identificar na literatura os principais eventos adversos na assistência de enfermagem.	Salienta-se a importância da discussão de estratégias de prevenção aos EA em enfermagem.
18. Eventos adversos na unidade de terapia intensiva em um hospital da rede sentinela.	Moreira et al., 2011	Descritivo, exploratório,	Analisar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre a ocorrência de eventos adversos na Unidade de Terapia Intensiva de um hospital sentinela.	Foram constatadas ocorrências de eventos adversos na UTI Médica e Cirúrgica, sendo classificadas quanto ao tipo.
19. Eventos adversos relacionados à	Arboit; Silva,	Revisão integrativa da lite-	Conhecer a Produção nacional de enfermagem referente	Ações de cuidado não podem se restringir somente à

terapia medicamentosa na enfermagem.	2012	ratura	aos Eventos Adversos no Brasil, nos últimos dez anos relacionado à Terapia Medicamentosa.	parte técnica e sim aos sentimentos, crenças, valores, família, trabalho.
20. Eventos adversos: Indicadores de resultados segundo a percepção de enfermeiros de um hospital de sentinela	Queiroz et al., 2012	Descritivo, exploratório	Verificar o entendimento dos enfermeiros atuantes em um hospital sentinela sobre os eventos adversos, identificando os frequentes e as medidas adotadas para a segurança da assistência.	Foi demonstrado o conhecimento dos enfermeiros, no entanto alguns ainda possuem um conhecimento superficial, dificultando a tomada de decisões, necessitando de planejamento de ações.
21. Fatores associados aos eventos adversos em uma unidade de terapia intensiva	Toffoletto, 2008	Quantitativa, retrospectiva, analítico-transversal.	Analisar os fatores associados aos eventos adversos no cuidado com tuboendotraqueal/traqueostomia, sondas, drenos, cateteres e quedas em UTI.	Constatou-se que pacientes não sobreviventes tiveram maior número de dias com TE/TRAQ eram mais graves e apresentaram aproximadamente cinco vezes mais chance de sofrer um INC/EA com TE/TRAQ.
22. Ocorrências iatrogênicas na UTI e o enfoque de qualidade.	Padilha, 2001	Quantitativo e qualitativo	Definir, compreender e quantificar indicadores apropriados na enfermagem.	A análise das ocorrências iatrogênicas na UTI face à abrangência do enfoque de Qualidade Total e de Melhoria Contínua de Qualidade abre importantes perspectivas para a prevenção dessas ocorrências.
23. Os eventos adversos em unidade de terapia intensiva e o gerenciamento dos riscos das operações em serviços. A intensidade na gestão da assistência a saúde.	Gallotti; Assis, 2013	Quantitativo e qualitativo	Identificar a ocorrência de incidentes e eventos adversos (EAs) na dimensão administrativa em pacientes internados nas UTI de adultos e de semi-intensiva caracterizando-os de acordo com sua natureza e aplicabilidade da metodologia FMEA.	Evidenciou-se aplicabilidade do FMEA em processos que já estão em operação, definindo-se as causas raízes das falhas.
24. Papel do gestor de saúde na identificação de risco no uso da tecnologia de suporte respiratório de última geração.	Novaretti; Santos, 2014	Bibliográfica	Identificar os fatores de risco de pacientes em suporte ventilatório de resgate com ECMO, a partir dos incidentes e eventos adversos e o desenvolvimento de ações que minimizem ocorrências.	Identificaram-se falhas humanas e de infraestrutura que afetaram a segurança dos pacientes levando a eventos adversos e incidentes.
25. Percepções dos profissionais de enfermagem sobre a ocorrência de eventos adversos e incidentes na unidade de pronto socorro de um hospital de sentinela.	Braga et al., 2010	Descritivo, exploratório.	Analisar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre a ocorrência de eventos adversos no Pronto Socorro de um hospital sentinela.	A maioria dos profissionais entende de modo superficial e não sistematizado o significado de eventos adversos/incidentes.
26. Eventos adversos com medicamentos favorecidos pelo sistema de medição de um hospital público no município do Rio de Janeiro.	Oliveira, 2010.	Descritiva	Estudar a associação entre a estrutura do sistema de medição e a ocorrência de eventos adversos relacionados a medicamentos de um hospital público do Município do Rio de Janeiro.	É grande o número de etapas e profissionais envolvidos, identificando problemas relacionados à segurança, ambiente durante a prescrição, dispensação, preparo e administração dos medica-

				mentos.
27. A percepção da equipe de enfermagem frente à notificação de eventos adversos.	Kalsing, 2012	Qualitativa do tipo descritivo-exploratório.	Conhecer a percepção da equipe de enfermagem sobre a notificação de eventos adversos.	Ficou clara a existência de subnotificação e as medidas devem ser tomadas para motivar os profissionais a relatarem os seus erros.
28. Segurança da criança hospitalizada na UTI: Compreendendo os eventos adversos sob a ótica do acompanhante.	Silva et al., 2014	Qualitativa do tipo exploratório-descritivo.	Descrever os eventos adversos identificados pelo familiar/cuidador em uma Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico (UTIP).	A segurança da criança hospitalizada em UTIP necessita da incorporação de práticas de cuidado seguro como cultura institucional direcionada a prevenir eventos adversos.
29. Segurança do paciente em unidade de terapia intensiva: carga de trabalho de enfermagem e sua relação com a ocorrência de eventos adversos e iniciantes.	Gonçalves, 2011	Observacional prospectivo, com abordagem quantitativa.	Analisar a carga de trabalho de enfermagem, relacionando com eventos adversos e incidentes.	É importante uma adequada distribuição da equipe de enfermagem para garantia da segurança dos pacientes críticos.
30. Sobrecarga de trabalho da enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados na UTI.	Novaretti et al., 2014	Observacional, prospectivo, tipo coorte, qualitativo, descritivo.	Estudar a influência da carga de trabalho da enfermagem no risco de incidentes sem lesão e de eventos adversos relacionados à competência de enfermagem.	Detectou-se que aproximadamente 78% dos incidentes sem lesão e de eventos adversos em pacientes foram relacionados a esfera da enfermagem.
31. Análise de eventos adversos em uma unidade de terapia intensiva neonatal como ferramenta da gestão de qualidade da assistência de enfermagem	Ferreira, 2007	Epidemiológico do tipo coorte histórica, não concorrente,	Analisar a evolução dos eventos adversos em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal como estratégia gerencial para a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem.	Os eventos adversos encontrados são passíveis de serem controlados e a redução pode ocorrer mediante a implementação de programas de treinamento da equipe.
32. Carga de trabalho de profissionais da saúde e eventos adversos durante ventilação mecânica em unidades de terapia intensiva neonatal	Filho, et al., 2011	Coorte prospectiva	Investigar uma possível associação entre a carga de trabalho de profissionais da saúde e eventos adversos intermediários.	A carga de trabalho dos profissionais de UTINs parece interferir nos resultados intermediários do cuidado neonatal.
33. Comissão de Eventos Adversos/Sentinela: Intervenções Educativas em Unidades de Terapia Intensiva	Vieira, et al., 2013	Descritivo e análise quantitativa	Sensibilização dos profissionais, tendo como finalidade a obtenção de uma melhor adequação e assimilação das normas.	Que melhoras foram possíveis a partir da implantação de medidas educacionais de forma permanente.
34. Condutas adotadas por técnicos de enfermagem de um hospital de ensino após a ocorrência de erros de medicação	Santos, et al., 2010	Descritiva, exploratória com abordagem qualitativa.	Identificar e analisar as condutas adotadas por técnicos de enfermagem após a ocorrência de erros de medicação.	A necessidade de que as instituições de saúde adotem uma cultura de transparência em relação aos erros de medicação.
35. Efeitos adversos relacionados ao processo do cateter	Gomes, et al., 2012	Descritiva, de coorte prospectiva, com deli-	Identificar os tipos de cateteres venosos centrais (CVCs) que são utilizados na clientela	A redução das taxas de complicações mecânicas e infecciosas em UTI neonatal

rismovenoso central em unidade intensiva neonatal e pediátrica		neamento longitudinal e abordagem quantitativa.	neonatal e pediátrica.	e pediátrica depende de intervenções, modificações e padronização das práticas assistenciais de saúde.
36. Erros de medicação e qualidade de vida relacionada à saúde de profissionais de enfermagem em unidades de terapia intensiva	Pelliciotti; Kimura, 2010	Observacional e transversal, com abordagem quantitativa.	Identificar a prevalência de erros de medicação em unidades de terapia intensiva (UTI), relatados por profissionais de enfermagem.	Os profissionais que relataram erro de medicação tiveram tendência a pior estado de saúde, quando comparados aos que não relataram erros.
37. Evento adverso no idoso em Unidade de Terapia Intensiva	Pedreira, et al., 2013	Sistematica quantitativa.	Identificar a producaocientifica, na América Latina, sobre segurança do idoso na UTI e os eventos adversos trazidos pela literatura.	A producao cientifica sobre a tematica ainda é recente na América Latina, sendo preciso atentar para a populacao idosa nessas unidades.
38. Evento adverso versus erro de medicação: percepções da equipe de enfermagem atuante em terapia intensiva	Ferreira, et al., 2014	Descritivo, exploratório com abordagem quantitativa.	Analisar a atuação da equipe de enfermagem na administração de medicamentos em unidade de terapia intensiva.	Os participantes do estudo apresentaram pouco conhecimento sobre os conceitos de erros de medicação e eventos adversos.
39. Fatores de risco para ocorrência de erros na administração de medicamentos intravenosos em Unidade de Terapia Intensiva	Camerini, et al., 2013	Revisão bibliográfica.	Identificar e analisar os principais fatores de risco para erros relacionados à administração de medicamentos por via endovenosa em unidade de terapia intensiva.	Os riscos para incidência de erros são multifatoriais.
40. Fatores de risco para úlceras de pressão em idosos de Unidade de Terapia Intensiva	Creutzberg, et al., 2011	Exploratório, analítico e retrospectivo.	Identificar o risco para úlceras de pressão (UP) em idosos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI).	A avaliação do risco de UP é imprescindível para a qualidade da assistência em UTI.
41. Notificação de eventos adversos: caracterização de eventos ocorridos em uma instituição hospitalar	Silva, et al., 2014	Transversal, descritivo e quantitativo.	Caracterizar os principais eventos adversos notificados em um hospital do Sul de Minas Gerais no ano de 2012.	Os eventos adversos notificados são frequentes na instituição em estudo, destacando os erros de medicação.
42. Ocorrência de eventos adversos como indicadores de qualidade assistencial em unidade de terapia intensiva	Lima; Barbosa, 2015	Descritivo, quantitativo.	Avaliar a qualidade assistencial e segurança do paciente por meio da ocorrência de eventos adversos.	É importante o monitoramento dos eventos por meio da aplicação de indicadores de qualidade.
43. Estratégias para a segurança do paciente: manual para profissionais da saúde	REBRAE NSP	Manual Técnico	O manual contempla 12 estratégias que visam a prevenção de danos e a promoção da segurança do paciente	Para que o cuidado seja seguro é necessário que seja construído uma cultura de segurança do paciente empregando dotada de conhecimentos técnicos científicos mas também de uma visão humana do processo.